

令和 2 年 度

事 業 計 画 書

社 会 福 祉 法 人 ノ マ ド 福 祉 会

目 次

法人全体	2
I 運営方針	3
II 基本事業	4
1 介護保険事業・障害者福祉事業	4
2 その他の老人福祉事業	5
3 収益事業・地域交流事業	5
4 組織体制	6
5 事務部門	7
6 職員研修	7
7 自主防火管理体制	11
小樽部門	12
I 職員会議	13
II 事業別事業計画	16
1 介護老人福祉施設	16
2 ショートステイ事業	22
3 デイサービス	23
4 デイサービス（認知症対応型通所介護）	27
5 居宅介護支援事業所	31
6 ケアハウス	33
7 グループホーム	38
8 地域交流事業	41
稲穂部門	43
1 デイサービス	44
2 居宅介護支援事業所	48
3 ホームヘルプサービス事業	50
はっさむ部門	52
I 職員会議	53
II 事業別事業計画	56
1 介護老人福祉施設	56
2 ショートステイ事業	63
3 デイサービス	64
4 居宅介護支援事業所	69
5 地域交流事業	71
北17条部門	73
包括部門	79
清田部門	85
1 デイサービス	86
2 居宅介護支援事業所	89
藤野部門	94
I 職員会議	95
II 事業別事業計画	96
1 介護老人福祉施設	96
2 ショートステイ事業	102
3 デイサービス	103
4 居宅介護支援事業所	107
5 地域交流事業	109
収益事業	111

法 人 全 体

I 令和2年度 運営方針

1. 多様な働き方を可能にする職場づくり

今後の社会福祉法人のあり方として、多様性を具現化していく事業運営が求められると考える。

その最も基盤となるのが、育児や介護、障がい等により配慮が必要な人も、共に働くことができる職場を作ることであり、そのためには職員の意識改革が重要となる。

共に支えあい、パートナーシップを構築できる職場づくりに取り組みたい。

2. 就労支援事業の開始と障がい者雇用

障がい者雇用は、社会福祉法人として積極的に取り組むべき課題であり、業務分担や新たな業務の開発、就労継続支援事業所や教育機関などとの連携、職員の意識改革などに、引き続き取り組んでいきたい。

また、今年度は、就労継続支援事業所を小樽地区で開設し、手織り工房やカフェの運営など、既存の就労支援事業所との差別化を図るとともに、新しい共生社会の形を模索したい。

3. 収支の改善

各事業所の予算達成を原則とし、さらなる稼働の向上と経費削減に取り組み、効率的な事業運営を行う。そのためには、管理職だけではなく、職員一人ひとりの意識改革が必要であり、モチベーションの向上につながる働きかけを行なっていきたい。

4. 人材確保・人材育成と研修

深刻化する職員不足については、職員紹介制度や介護アシスタントの導入など、新たな試みも行なったが、決定的な打開策にはなっていない。引き続き、ハローワークや教育機関と連携を図ること、介護アシスタントとの業務分担などを行ない、新たな介護体制を構築すること、リーダー層への効率的なスーパービジョン研修を実施することで、職員への指導を強化していきたい。

5. コミュニティケアの促進

地域包括ケアの一翼を担う法人として、また、法人理念でもあるコミュニティケアを実現するため、様々な地域活動をさらに進めていく必要がある。

小樽地区では、稲穂の「こども食堂+認知症カフェ」暖カフェの運営が、地域住民や行政からの認知度も上がっており、赤岩のはる kids+暖カフェ、婦人部、ボランティアグループあかりの活動は一体化して、さらに、旧生活支援ハウスの活用など、独自の活動が活性化している。

発寒地区では、年3回の「認知症カフェ」暖カフェが、地域住民に定着してきており、清田や北17条も含めた地域活動に発展させていきたい。

藤野地区では、社協、地域包括支援センター、行政などとの職員連携会議のリーダーシップを取り始めており、さらに活動を広めていく予定である。

II 基本事業

1 介護保険事業・障害者福祉事業

※介護保険事業は「(介)」、障害者福祉事業は「(障)」と注記

(1) 介護老人福祉施設(介)

定員：80名

対象者：介護保険法の定めによる要介護者

明るく家庭的な雰囲気づくりと地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って施設サービス計画を作成し、それに基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指す。

(2) 短期入所生活介護事業(介)(障)

定員：20名

対象者：介護保険法の定めによる要支援及び要介護者並びに障害者自立支援法の定めによる身体障害者利用者

可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目指す。

(3) 通所介護事業(介)(障)

対象者：介護保険法の定めによる要支援及び要介護者

利用者が、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目指す。

(4) 訪問介護事業(介)

対象者：介護保険法の定めによる要支援及び要介護者

利用者が、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他生活全般にわたる援助を行うことを目指す。

(5) 居宅介護支援事業所(介)

対象者：介護保険法の定めによる第1号被保険者及び特定疾病(政令の定めによる)を有する第2号被保険者利用者が、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、又、利用者の心身の状況、その置かれている環境に応じて、適切な保健医療サービスが多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう、常に利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立って、その提供する指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう公正中立な支援を目指す。

(6) 認知症対応型共同生活介護事業(介)

対象者：認知症の状態にある者で、介護保険法の定めによる要支援及び要介護者が、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、家庭的な環境のもとで、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことを目指す。

2 その他の老人福祉事業

(1) 軽費老人ホーム ケアハウス

定員：50名

対象者：原則として60歳以上で、自炊ができない程度の身体機能の低下が認められ、又は高齢等のため独立して生活するには不安が認められ、家族の援助を受けることが困難であるもの。
低額な料金で日常生活上必要な便宜を供与し、入所者が健康で明るい生活を送れるようにすることを目指す。

④地域住民との交流を図るための各種事業及び交流のための場の提供等を行う。

(2) その他老人福祉法の定めによる事業、小樽市札幌市等から委託を受けた事業

①特別養護老人ホームにおける小樽市生活管理指導短期宿泊事業の受託等

②デイサービスセンターにおける小樽市生活支援事業の受託等

③介護認定調査の受託（小樽市）

④札幌市西区第3地域包括支援事業の受託（札幌市）

⑤その他地域福祉推進のため必要な事業

3 地域交流事業・収益事業

①各種交流事業の推進及び地域交流スペースの活用

②ボランティア活動の推進及び支援

③介護教室、講演会等の開催

④実習生、見学者の受入れ及び講師派遣等

⑤手織り工房開設に伴うさをり織りの体験・雑貨販売等

⑥暖カフェにて共生カフェの開催

5 事務部門（共通）

既存事業のさらなる稼働率向上を担当職員に意識づけを行うことにより、長期的な健全経営を行うため予算目標を意識したマネジメントを行う。各部署の稼働率の向上や合併に伴うスケールメリットを生かした経費削減について適宜分析し発信・浸透させるため、他職種間での意見交換の“場”を適宜主催するとともに、各部署の管理者等に部署の実績に対する意識改革に努めるよう経理研修などを通じ、経営参画の姿勢を促していく。事務職員も貪欲に自己啓発を行うよう促し、「気づき」を与えていく中で実践力を高めるよう積極的に努力する。

金融機関の口座を利用することで入出金の記録を残し、利用者預り金を安心安全に保管する。利用者負担金についても自動引き落としを推進することで事務所内での金銭管理を最小限にするよう努める。

また、地域に密着した運営を目指し、高齢化が進む地域の中で様々な形で、法人が存在感を発揮できるよう自分達なりの哲学をもち、地域に発信していくよう努める。

次に掲げる事項について、必要な事務を適正かつ正確、迅速に実施する。

- ・個人情報取り扱いについて、適正、且つ安全に行う。
- ・職員給与支給、出退勤等を含む労務管理について、法に基づき適正な管理に努める。
- ・長期的な健全経営と職員の勤務意欲増進の視点から、給与規程等の各種規程の見直しと改定の作業を推進する。
- ・財務について、明瞭で透明性のある適正開示に努め、正確かつ迅速な処理を行う
- ・経理の研修会を定期的に行き、職員が法人の運営状況の把握のため現状報告を行う。
- ・防災対策の充実・強化に向けて、利用者及び職員に対する訓練・啓発活動を行う。
- ・備品及び固定資産の管理について、定期的な整備点検を行い安全管理に努める。
- ・職員に対し、定期的に健康診断及び腰痛検診を実施し、心身の状況の把握と健康管理、に配慮するとともに、健康の保持及び疾病の予防に努める。
- ・感染予防の一環から、職員に対しインフルエンザ等予防接種の機会を提供する。また、その他感染症予防の周知等、職員に健康管理への自覚を促し、健康管理に関する継続的な支援を行う。

6 職員研修

職員の資質向上と専門的知識の習得を目的として、以下の外部研修に積極的な参加を促すとともに、施設内の研修を以下に掲げる予定の他、必要に応じて開催する。

(1)施設外研修

①相談員研修

研修名	参加対象職員	実施予定	主催
新任相談員研修	経験2年未満のSW	8月	北海道社会福祉協議会
相談員専門研修	経験2年以上	10月	

②介護職員研修

研修名	参加対象職員	実施予定	主催
新任介護職員研修	経験2年未満のケアワーカー	5月	北海道社会福祉協議会
介護職員専門研修Ⅰ	経験2年以上のケアワーカー	6月	
介護職員専門研修Ⅱ	指導的立場のケアワーカー	9月	

直接処遇職員研修	ケアワーカー	秋頃	後志老人福祉施設協議会
----------	--------	----	-------------

③栄養士・調理員研修

研修名	参加対象職員	実施予定	主催
栄養士専門研修	経験2年以上の栄養士	11月	北海道社会福祉協議会
給食職員研修	栄養士	時期未定	後志老人福祉施設協議会

④看護師研修

研修名	参加対象職員	実施予定	主催
看護師専門研修	看護師	8月	北海道社会福祉協議会

⑤法人役職員研修

研修名	参加対象職員	実施予定	主催
法人役員・施設長専門研修	法人理事・監事・評議員・施設長	12月	北海道社会福祉協議会

⑥施設長研修

研修名	参加対象職員	実施予定	主催
施設長専門研修	施設長	12月	北海道社会福祉協議会
施設長研修	施設長	時期未定	後志老人福祉施設協議会
老人福祉施設長セミナー	施設長	2月	北海道老人福祉施設協議会

⑧特別研修

研修名	実施予定	主催
全道老人福祉施設研究大会	6/13-14	北海道老人福祉施設協議会
老人福祉施設研究発表会	9-10月	
平成30年度カントリーミーティング	10月	

⑨デイサービスセンター職員研修

研修名	参加対象職員	実施予定	主催
施設長研修	施設長	時期未定	後志デイサービスセンター協議会
職員研修	デイサービスセンター職員	時期未定	

⑩グループホーム職員研修

研修名	参加対象職員	実施予定	主催
認知症介護基礎研修(基礎過程)	グループホーム職員	時期未定	
認知症介護実践者研修(専門過程)	グループホーム職員	時期未定	

⑪事務員研修

研修名	参加対象職員	実施予定	主催
総務担当者職員研修	事務員	時期未定	北海道社会福祉協議会
経理担当者専門研修	事務員	時期未定	後志老人福祉施設協議会

⑫先進施設等見学研修

研修名	参加対象職員	実施予定	行先等
特別養護老人ホーム	ソーシャルワーカー、ケアワーカー等	時期未定	未定
デイサービスセンター	ソーシャルワーカー、ケアワーカー等	時期未定	未定
ケアハウス	ソーシャルワーカー、ケアワーカー等	時期未定	未定
グループホーム	ケアワーカー等	時期未定	未定

* その他の研修についても、必要に応じて適宜、参加調整をしていく予定。

(2)施設内研修

【研修実施方針】

- ・今年度の研修テーマ 『スーパービジョン』、『チームワークづくり』
- ・法人全体の研修は、年6回開催とし、場所ははっさむはるを中心とし各拠点にて行う。
- ・通所サービスは、年2回開催。
- ・ケアワーカー、看護職員、介護支援専門員（居宅・包括）、ソーシャルワーカー向けは年1回開催。
- ・新採用者研修は、各事業所にて随時行う。
- ・各事業所にて、法令等に基づいた必須な研修内容を把握し、研修や学習会を開催する。
- ・知識・技術の研鑽に励み、それぞれの専門性を高めていく研修や学習会を開催する。

【令和2年度 研修計画】

5月	中堅者研修① (経験年数5年以上)	認知症ケアの理念の構築
		プライバシー保護と権利擁護
		チームで取り組む身体拘束廃止・高齢者虐待防止 (事例検討)
5月	経理研修(役職者)	法人の収支状況
		財務諸表などについて
5月	ヘルパースキルアップ研修①(現任)	生活援助・調理実習
6月	リーダー研修① (リーダー職)	法人の理念、看取りケアの理念
		価値・倫理と法令順守
		事故防止(事例検討) 事故を未然に防ぐケア、尊厳あるケアに基づく思考から
	D S職員スキルアップ研修①(現任)	介護従事者のための接遇(外部講師)
6月	ヘルパースキルアップ研修②(現任)	対人援助技術に関する知識と技術の取得
7月	中堅者研修② (経験年数5年以上)	リスクマネジメント
		対象者理解のための受容と共感
		スーパービジョンの視点 介護現場におけるコミュニケーション論(事例検討)
	ソーシャルワーカースキルアップ研修(現任)	ソーシャルワーカーの価値・知識・技術 対象者理解とコミュニケーションスキル(基礎編)
7月	ヘルパースキルアップ研修③(現任)	緊急時の対応について
8月	ケアマネスキルアップ研修(現任)	アドバンスケアプランニング(外部講師)
		スーパービジョンの視点

		<ul style="list-style-type: none"> ・多職種との連携（サービス担当者会議/演習） ・対応困難事例をチームでの支援について（事例検討）
	ヘルパースキルアップ研修④（現任）	倫理と法令順守
9月	初任者研修 （経験年数5年未満）	身体拘束廃止・高齢者虐待防止 アンガーマネジメント～怒りのコントロール
		医療に関する知識
		認知症について（事例検討） 認知症の人のアセスメント
	全体研修①（現任）	非常災害時（火災及び自然災害）の対応（各事業所）
	管理者研修	管理者の当事者研究（外部講師）
	ヘルパースキルアップ研修⑤（現任）	利用者の人権と意思の尊重
10月	中堅者研修③ （経験年数5年以上）	価値と倫理と法令順守
		アセスメントとケアプラン
		スーパービジョンの視点 事故防止（事例検討） 事故を未然に防ぐケア
		ケアワーカー・看護職員研修
	ヘルパースキルアップ研修⑥（現任）	認知症ケア
	全体研修②（現任）	感染症及び食中毒の予防について（各事業所）
11月	リーダー研修② （リーダー職）	高齢者の虐待防止と権利擁護 認知症について
		人材育成 スーパービジョンの理解（上級編/演習）
		D S職員スキルアップ研修②（現任）
	ヘルパースキルアップ研修⑦（現任）	感染症予防
12月	ヘルパースキルアップ研修⑧（現任）	アセスメントについて
1月	ヘルパースキルアップ研修⑨（現任）	身体介護の基礎知識と技術
随時	中途採用者研修（新任）	法人の理念・ケアの理念
		接遇
		価値・倫理と法令遵守
		プライバシー保護と権利擁護
		医療に関する知識
		事故防止について
		緊急時の対応について
		褥瘡発生予防について
		感染症及び食中毒の予防について
		身体拘束廃止について
		高齢者虐待防止について
		認知症ケア

7 自主防火管理体制の徹底

- (1) 防火管理者の指揮により、消防計画に基づく消火、通報、避難誘導訓練を実施する。
- (2) 日常的に自主チェックを行い、安全管理を推進する。
- (3) 施設の物置等は必ず施錠し、安全管理に努める。
- (4) 施設内外の整理整頓に努める。
- (5) 喫煙者については特に注意し、折りにふれ火災予防を呼びかける等、防火意識の高揚に努める。
- (6) 乾燥機、ガス器具等の取り扱いに日常的に注意するとともに、器具の必要な定期点検を実施する。
- (7) 職員に対し、防火用具、消火器の取り扱いについて知識習得の徹底を図るとともに、消防設備の定期点検を実施する。また夜勤のケアワーカー及び宿直警備員にあっては、消火器の位置確認、使用方法について、随時点検と復習を怠らないよう心掛ける。
- (8) 地震等に備え、居室内等の整理棚などが倒れ落ちる危険がないかどうか日常的に点検を行う。
- (9) 防排煙設備について、受信機、感知器、排煙窓、防火戸等の点検を徹底する。
- (10) 消防用設備について、消防器具、屋内消火栓設備、スプリンクラー設備、自動火災通信機設備、避難器具、誘導灯及び誘導標識、非常電源（自家用発電設備、蓄電池設備）、配線などの点検を徹底する。
- (11) 危険物設備の安全管理の徹底について、次の措置を行う。
 - ① 灯油をタンクに入れる場合、必要に応じて職員が立ち会う。
 - ② 定期点検を実施する。
 - ③ 油漏れを早期に発見するための、定期的な残量点検確認を実施する。

小樽（赤岩）部門

I 職員会議

職員会議日程（全施設）

区 分		開 催 日 時	参 加 者	人数
定 例 会 議	朝礼	毎朝 8時30分～ 約5分間	施設長、介護職、看護職、ソーシャルワーカー、 機能訓練指導員、栄養士、事務員他	参加可 能職員 全員
	運営委員会	毎月第3水曜日 17時～	施設長以下役職者全員	関係者
	職員全体会	適宜	施設長以下全職員	参加可 能職員 全員
	給食会議	隔月第4木曜日 15時00分～	施設長、栄養士、他関係職員 (委託先) 担当部長、調理チーフ他	関係者

職員会議日程（特別養護老人ホーム）

区 分		開 催 日 時	参 加 者	人数
定 例 会 議	朝・夕ミーティング	毎朝 9時45分～10時 毎夕 17時～17時30分	施設長、ソーシャルワーカー、ケアワーカー、 看護職、機能訓練指導員、栄養士	関係者
	運営会議	毎月 第4火曜日 18:00～19:00	施設長、介護係長、介護主任、介護主任補佐、 看護主任、ソーシャルワーカー	関係者
	ケアカンファレンス	毎週 2F 月・木 10:00～10:30 3F 火・金 10:00～10:30	施設長、ケアワーカー、看護職、 ソーシャルワーカー、栄養士、介護支援専門員、 機能訓練指導員、嘱託医	関係者
	ホーム会議	隔週金曜日 19時～20時	施設長、看護職、介護職、 ソーシャルワーカー、栄養士、機能訓練指導員	関係者
	フロア会議	毎月1回 各フロア 2F第3水曜日19時～20時 3F第3金曜日19時～20時	介護職、看護職	関係者
	入所判定会議	適宜(年4回程度)	施設長、看護主任、介護課長、 ソーシャルワーカー、ケアマネジャー	関係者
臨 時	行事会議	毎月2回程度	行事委員職員	関係者

職員会議日程（デイサービスセンター）

区 分		開 催 日 時	参 加 者	人数
定 例	朝・夕ミーティング	毎朝 8時35分～ 8時40分 毎夕 17時15分～17時30分	管理者、ソーシャルワーカー、ケアワーカー、看護職、	関係者
	新規利用判定 会議	随時	管理者、ケアワーカー、看護職、ソーシャルワーカー、	関係者

臨時	ケアカンファレンス	毎月1～3回程度	管理者、ケアワーカー、看護職、ソーシャルワーカー、栄養士	関係者
	行事会議	毎月2回程度	ケアワーカー、看護職、ソーシャルワーカー	関係者

職員会議日程（ホームヘルパーステーション）

区分	開催日時	参加者	人数	
定例会議	朝・夕ミーティング	毎朝 8時40分～ 9時 毎夕16時30分～17時	管理者、サービス提供責任者、ホームヘルパー	関係者
	ヘルパーミーティング	毎月 1回 17時30分～18時30分	管理者、サービス提供責任者、ホームヘルパー	関係者

職員会議日程（居宅介護支援事業所共通）

区分	開催日時	参加者	人数	
定例会議	朝ミーティング	毎朝 8時40分～ 9時	管理者、ケアマネージャー	関係者
	会議	毎月 1回 16時30分～17時30分	管理者、ケアマネージャー	関係者

職員会議日程（ケアハウス）

区分	開催日時	参加者	人数	
定例会議	朝・夕ミーティング	毎朝 9時30分～ 毎夕16時30分～17時	施設長、ソーシャルワーカー、ケアワーカー、栄養士	関係者
	行事・給食会議	毎月第1火曜日 10時半～11時	施設長、ソーシャルワーカー、ケアワーカー、栄養士	関係者
	ケアカンファレンス	随時	施設長、ソーシャルワーカー、 ケアワーカー、 栄養士、	関係者
臨時	入所判定会議	新規入所発生時随時	施設長、ソーシャルワーカー、栄養士、ケアワーカー ケアマネージャー	関係者

職員会議日程（グループホーム）

区分	開催日時	参加者	人数	
定例会議	朝・夕ミーティング	毎朝 9時00分～ 毎夕 17時00分～	管理者、介護係長・主任、計画作成担当者、 ケアワーカー、看護職員	関係者
	ユニット会議 (各ユニット開催)	月 1回	管理者、介護係長・主任、計画作成担当者、 ケアワーカー、看護職員	関係者
	ケアカンファレンス (各ユニット開催)	月 1～2回	管理者、介護係長・主任、計画作成担当者、 ケアワーカー、看護職員	関係者
	リーダー会議	月 1回	管理者、介護係長・主任、ユニットリーダー 看護職員	関係者
	グループホーム 会議	月 1回	管理者、介護係長・主任、計画作成担当者、 ケアワーカー、看護職員	関係者

臨時	広報会議	月1回	各ユニット担当者、介護係長・主任、看護職員	関係者
	事故防止・防災会議	年4回	各ユニット担当者、介護係長・主任、看護職員	関係者
	行事会議	年6回	各ユニット担当者、介護係長・主任、看護職員	関係者
	身体拘束廃止会議	年4回	各ユニット担当者、介護係長・主任、看護職員	関係者
	地域交流会議	年4回	各ユニット担当者、介護係長・主任、看護職員	関係者
	入所判定会議	適宜	総合施設長、特養施設長、管理者、看護・介護主任	関係者
	防災会議	年4回	管理者、介護係長・主任、ユニットリーダー 看護職員	関係者
	婦人部会	年4回	介護係長・主任、各ユニット担当、看護職員	関係者

職員会議日程（デイサービスセンター小樽稲穂）

区分	開催日時	参加者	人数	
例会	朝・夕ミーティング	毎朝9時00分～ 毎夕17時00分～	管理者、介護係長・主任、計画作成担当者、 ケアワーカー、看護職員	関係者
	新規利用判定会議	必要時	管理者、介護職、看護職、 ソーシャルワーカー	関係者
	ケアカンファレンス	毎月 第3週	管理者、介護職、看護職、 ソーシャルワーカー	関係者
	行事会議	毎月 第2月曜日	管理者、介護職、看護職、 ソーシャルワーカー	関係者
	デイサービス会議	毎月 第3月曜日	管理者、介護職、看護職、 ソーシャルワーカー	関係者
臨時	さをり織り	随時（週1回）	全職員	関係者
	介護技術	随時	全職員	関係者

II 事業別事業計画

1 介護老人福祉施設

(1) 生活相談支援部門

特別養護老人ホーム・短期入所生活介護施設が、地域における拠点の一つとして、地域との連携を強化し、高齢者が住みなれた地域で生活を継続する事が出来るように、「地域包括ケアシステム」構築に寄与する関わりを目指す。

利用者の権利擁護の視点に立ち、各種制度の活用、日常の相談支援により、利用者が主体的な生活を送る事ができるよう支援を行う。また、ソーシャルワーカーとして、利用者・家族の気持ち・立場にたった関わりを持ち、組織と利用者・家族の接点に介入するように努める。

①利用者の生活支援

- ・利用者主体の生活の確立という視点で、他職種との連携のもと、日々の相談業務を行い、調整機能を果たす。
- ・利用契約等のインテーク時のみならず、日々の相談業務において、利用者及び家族が不安を抱えることなく安心して施設を利用していただけるよう、説明と合意のプロセスを重視し、信頼関係を構築する。
- ・利用者のこれまでの生活や地域社会との繋がり継続性を図る為、適切な情報収集に努める。外出の機会の拡大や施設内での交流等により、生活環境が閉ざされたものにならないよう配慮する。
- ・利用者が入院治療を行う際には、医療機関と連携し、入院中の利用者の状況確認に努め、ご家族とも相談しながらスムーズに退院支援を行えるように努める。

②適切な入居相談ならびに入居判定会議の開催

- ・入居相談に際しては、入居希望者の心身や生活環境を的確に把握し、適切な入居相談を行う。入居判定会議においては、市役所関係者や第三者委員への参加を呼び掛け、適切な開催に努めていくものとする。
- ・入居申し込み待機者の状況を正確に把握するよう努め、入居希望者や家族への相談支援を行う。軽度者の入居希望に際しては、心身状態や生活環境から特例対象要件としての入居が必要な状況であるかを市役所とも協議の上、入居相談を適切にすすめるものとする。

③コミュニティワークの展開

- ・全般的な社会福祉の向上という視点を持ち、関係諸機関との連携のもと日々の業務を行い、地域包括ケアシステムにおける、特養のあり方について熟考する。
- ・高齢者の虐待防止の為、地域包括支援センター・小樽市等と連携のもと、適切な相談支援・緊急時の対応等を行う。
- ・ボランティア地域活動委員会と協力をしながら、ボランティア活動の活性化を図る。「あかり」その他のボランティア団体、地域住民と共に学び、その活動を支援していく。

(2) 介護・看護部門

スタッフ一人一人が、各自の役割に対する責任感と主体性を持ち、各職種が専門性を発揮しながら、連携のもとチームとなり複合的にネットワークを形成する。
専門家集団として、人がより良く生きるための生活を支える視点を強化する。

①介護部門

- ・安全、清潔で、家庭的な明るい環境作りを創出し、活動量増加のため、生活機能向上訓練やレクリエーションを適宜提供するなど、ゆったりとした時間経過の中にもメリハリのある生活の創出に努める。
- ・利用者及び家族の個々のニーズを把握し、多職種と連携して状況にあった栄養ケアプランを作成する。また、身体状況に合わせ随時栄養ケアプランの見直しを行う。
- ・施設サービス計画（ケアプラン）を作成する際には、多職種と共に、利用者またはご家族と一緒に考える場を設ける。そして思いや意見に沿って、より本人の現状に合ったものを作成する。また、利用者および家族にサービス内容をわかり易く説明する。定期的または状況の変化に応じて、ケアプランの評価と変更を実施する。
- ・認知症高齢者ケアの充実に向け、アセスメントを充実させるとともに、日々安全で清潔、快適な生活環境の確保に努める。また、行動障害（BPSD）の軽減、認知症の進行を緩和するため、ケアの実践・評価を繰り返し適切な介護を展開していく。
- ・各委員会は、日々のケアに活かせるよう現状の把握・分析・評価・対応策を発信し、より良いケアを継続して展開していく。
- ・年間計画を立て、身体拘束廃止、虐待防止、事故防止、感染症対策、緊急時の対応、介護技術の学習会を行う。また、施設内外の研修受講のほか、職員間で積極的に自主研修に取り組み、知識と技術の習得に努める。

②看護部門

- ・嘱託医及び地域の医療機関、関連保健機関との連携を一層強化し、利用者の通院又は入院が適時、適正に迅速に行われるよう調整に努める。
- ・多種慢性疾患を抱え、または、非定型的な急性期症状を呈する利用者に対し、日常的な観察により異常早期発見に努める。また定期的なバイタル測定や、必要な定期検査や定期健康診断等による健康管理を実施する。
- ・結核、インフルエンザ、ノロウイルス、レジオネラ菌等の感染防止のため標準予防策を日常的に徹底する。感染症が施設内に発症した場合は、施設内感染症対策マニュアルに基づき、速やかに適切な措置を行って感染の拡大防止に努める。また、食中毒、インフルエンザ、ノロウイルスの学習会を行い、蔓延防止の意識を高める。
- ・他職種との連携によるチームアプローチを強化し、利用者のADL向上のため、QOLに配慮した看護を展開する。
- ・介護職員を対象とした医療知識の学習会を企画開催する。特に、誤嚥性肺炎の防止において口腔ケアの学習会と、看取り期にある利用者の心身機能を理解するための学習会を検討する。
- ・施設内外の研修受講を行い、学習内容は、伝達講習を行って看護職員全体に展開する。また、セミナー、講演会等で症例発表の機会を持つなど積極的に自主研修に取り組む。
- ・入所者の重度化等に伴う医療ニーズの増大に対する観点から、看護師の配置と夜間休日における24時間連絡体制（オンコール体制）を確保する。
- ・疾病や急な変化による治療の延長上にある看取りではなく、生活の延長上にある自然な看

取りを実践できるよう、自然な「最期」について、家族に参加を促しながら、常に多職種と連携し検討する。

・入所者の服薬管理を、地域の調剤薬局、薬剤師と協議し、より安全で安心できる服薬管理を実施する。

③機能訓練・各種療法部門

・利用者の残存機能の維持及び機能低下防止を図ると共に、利用者がボランティアの人々や他利用者との交流をもつ中で、打ち解けた楽しい時間を過ごす事が出来るよう工夫に努める。

・個々の利用者の生活機能向上の必要性及び内容を明確にして、ケアプランに反映し、利用者又は家族に内容を解かりやすく説明し、無理のない生活機能訓練を他職種と連携し実施していく。

・施設内外の研修受講のほか、講演会等積極的に自主研修に取り組み知識と技術の習得に努める。

(3) 給食部門

今期のテーマ～楽しく、美味しい食事の提供

〔給食管理〕

- ・利用者の食歴を尊重した食事の提供に努め、食の満足感を高める。
- ・新作メニューを積極的に取り入れ、バリエーション豊富な食事の提供に努める。
- ・器、色彩、盛り付けを工夫し、食欲がわくような演出を行う。
- ・単調な食生活にならないよう、内外の情報収集を行い毎日の楽しみに繋がるように努める。
- ・季節感のある食材と変化に富んだ調理方法を心掛ける。
- ・利用者に合わせた食事形態での提供を行なうと共に、咀嚼、嚥下機能の低下が見られる利用者に対応したソフト食又はゼリー食の研究と提供に努める。
- ・委託業者（グリーンハウス）と連携し、安全で喜ばれる食事、楽しくなる食事の提供に努める。

〔栄養ケアマネジメント〕

- ・利用者個々の栄養状態、食事摂取状況等に関するアセスメントを行ない他職種と連携を図りながら個人に対応した栄養改善に努める。
- ・咀嚼、嚥下に関するアセスメント力をつける。

〔衛生〕

- ・衛生管理を徹底し、利用者が安心・安全な食生活を送ることが出来るように努める。・感染症予防を徹底すると共に、発生時に迅速に対応できる体制を強化する。
- ・厨房内の清潔に努め、定期的に清掃を行なう。

〔接遇〕

- ・常に清潔な制服で、丁寧な対応を心がける。
- ・相手の思いに自ら気づき行動できる能力を高める。

〔研修〕

- ・外部研修に積極的に参加し、新しい知識や技術を共有し質の向上を目指す。

【年間行事食予定一覧表】

月	ホーム	月	
4月	誕生者祝い膳 祝日行事食（昭和の日）	10月	誕生者祝い膳 祝日行事食（体育の日）
5月	誕生者祝い膳 祝日行事食（憲法記念日・みどりの日 ・こどもの日）	11月	誕生者祝い膳 祝日行事食（文化の日）（勤労 感謝の日）
6月	誕生者祝い膳	12月	誕生者祝い膳・冬至 もちつき・クリスマス会・大晦 日
7月	誕生者祝い膳・お祭り 祝日行事食（海の日）	1月	誕生者祝い膳 お正月料理・七草粥 祝日行事食（成人の日）
8月	誕生者祝い膳 開設記念日・お盆	2月	誕生者祝い膳 節分・祝日行事食（建国記念の 日）
9月	誕生者祝い膳 敬老会・祝日行事食（秋分の日）	3月	誕生者祝い膳 雛祭り・祝日行事食（春分の日）

※季節ごとに、戸外での鮮魚・精肉の炭焼き、鍋料理等を随時取り入れる。
選択食を随時取り入れる。

【ケアの基本方針】

（1）利用者主体のケアの確立

利用者及び家族のケアに対する意向を十分に配慮し、利用者が安全・安心・快適な生活を送る事が出来るよう、ケアを展開していく。

（2）チームアプローチ

アセスメント・ケアプラン作成、及び実践・評価に関わる一連の介護過程において多職種がそれぞれの専門性を活かし、利用者の多様なニーズに応え、より本人に合ったケアを展開出来るよう連携を深めていく。

（3）認知症のケアの確立

認知症に関する専門知識を習得し、認知症への理解を深め、受容・共感的な関わりを基本に、利用者の自己決定や自己選択、人格を尊重し、出来る限り本人らしい生活を送れるよう支援する。

（4）ターミナルケア

医師から診断され、本人、家族が施設での看取りを希望された場合、多職種が連携し苦痛の緩和に努めると共に、本人、家族が残された時間を悔いなく過ごす事が出来るよう配慮し、その人らしい最期が迎えられるよう支援する。

(5) 身体拘束の廃止・高齢者虐待の防止

利用者の生命または身体を保護するために、緊急をやむを得ない場合を除き、身体的拘束及びその他の方法により利用者の行動を制限しない。やむを得ず、身体拘束が行われる場合、身体拘束廃止委員会で検討し、毎日の記録と随時評価を行なう。身体拘束の継続の必要性がなくなった時点で速やかに解除する。

利用者の人権の擁護、虐待防止のため、責任者を配置する等必要な体制の整備を行うとともに、職員に対する研修を定期的実施する。

(6) 自己啓発

知識や技術の習得に励み、基本に忠実であると共に専門職としての良識を持ち、組織人としてあるべき姿勢で取り組む。また、自ら率先して状況の改善に取り組む姿勢を持ち、お互いに切磋琢磨できる組織風土をつくり、組織全体の介護の質の向上を目指す。

【ケアの展開方法】

(1) ケアプランの作成・評価

ケアプランの作成においては、利用者本人、家族の目標・意向を十分に伺い、より具体的な目標を立てる。

また、本人の生活歴を十分に考慮すると共に、過剰介護により自立を妨げることのないよう、自立支援の視点を持ったアセスメントを行い、チームアプローチの機能を十分に活かしケアプラン原案を作成する。

すべてのプロセスは、利用者・家族に公開され、又同意を得て交付するものとする。

(2) リーダー制や委員会を活用し、各階フロアの組織的取り組みによるケアの充実

居室担当者と適宜連絡をとりつつ多職種との連携、調整にあたる日々のフロアリーダーを定める。

フロアリーダーは、当日のフロア全体の業務に遺漏のない様に努め、課題が生じた時は速やかに相談、報告、検討を行い細やかなケアの展開を図る。

また、各委員会からの発信により、事故、感染、褥瘡、苦情等のリスクマネジメントを行う。

(3) 自立支援を視野に入れた介護

利用者に対して過剰介護により自立を妨げることのないよう、十分なアセスメントを行い、ADLの維持・向上に繋がるよう専門的介護を実施、展開していく。

認知症の方のケアについては、職員、入居者との馴染みの関係の中で精神的に穏やかな生活がおくれるよう、その人にあった環境を整える。また利用者が、役割や生き甲斐を持つことで生活にメリハリを持っていただき、心身の安定を図る。

(4) 家族のケア

利用者の状況に関し、記録の公開を含め、家族が必要とする情報を必要に応じいつでも提供する。また、定期的に家族へ連絡し、不安や希望等の相談に対し、適宜速やかに対応する姿勢を持つ。終末期を迎えた利用者の家族、亡くなられた利用者の遺族が感情を

吐露できるよう配慮していく。

(5) ターミナルケア

ターミナル期を迎えた利用者の状況を十分にアセスメントし、精神的・肉体的苦痛の緩和に配慮し本人及びその家族が望む最期を実現出来るよう、チームが一丸となりケアに取り組む。利用者が孤独な死を迎えることのないよう死に至るプロセスとケアを学習する。

(6) 地域交流

地域住民の方や学生・生徒が日常的に利用者と交流できるような場をコーディネートすると共に、利用者が外出等により地域の方と積極的に触れ合うことができる機会を設けていく。また、ボランティアの方の受け入れを積極的に働きかけ、日常的に第三者の方の客観的なご意見をいただき、地域交流のコーディネートを行っていく。近隣の小学校に出向き、介護教室を行い「施設とはどのようなところか」「誰にでも出来る介護」を伝えていく。

(7) 行事・レクリエーション

日々の生活の中で生活機能向上の視点を持ち、社会感覚を豊かにするとともに日常のレクリエーションプログラムを充実させる。楽しみや季節感が感じられる行事を企画し、ボランティアや地域との交流による生活の活性化を図る。

【年間行事計画】

月	月行事予定	各月行事食予定
4月		昭和の日献立
5月		子供の日献立
6月		健康食
7月	選択によるレク (8月夏祭り・9月敬老会)	海の日献立
8月		開設記念日献立
9月		敬老会、お彼岸献立
10月		健康食
11月		健康食
12月	餅つき、クリスマス会	クリスマス献立、年越し献立
1月		おせち献立、七草粥、鍋献立
2月	新年会・節分・雛祭り	節分献立
3月		ひな祭り献立、お彼岸献立
毎月	誕生者のお祝い	誕生者食

※上記記載の他、利用者の要望や、スタッフの発想による催し物、献立については、適宜盛り込んでいく。

(8) 介護福祉士・看護師の専門性を高める活動

より多くの研修を受講し、その内容を他の職員へ伝達する機会を設ける。また施設内学習会での講師を担い、スキルアップに繋げる。

(9) 実習生の受け入れ

看護・介護それぞれの専門性を高めることに寄与するため、また実習を通じて当施設で働きたいと思われる施設であるために、実習生に対する指導力の強化を図る。

2 ショートステイ事業

【基本方針】

(1) 自立支援のための介護サービス計画の作成

ケアマネジャーの作成する居宅介護サービス計画書等に基づき、利用者・家族の意向を十分踏まえた上で、利用者が在宅で自立した生活を継続できるよう適切な短期入所生活介護計画を作成し、専門的なケアを実施する。また、定期的なモニタリングを行い、居宅介護支援事業所・他サービス事業者との連携のもと正確な状況把握に努めていくものとする。

(2) 的確なアセスメントに基づく安全・安心なサービス提供

利用前の事前訪問等により、利用者の心身状況を的確に把握し、リスクマネジメントの徹底化をはかり、事故防止に努める。また、利用中も利用者の状態変化に応じて、ケアマネジャーとの連携のもと、適宜短期入所生活介護計画を見直し、適切なサービス提供を行う。

(3) 利用者・家族の声を重視したサービス提供およびサービスの質の向上

利用者・家族との日頃のコミュニケーションや家族との連絡ノートを活用などにより、利用者・家族の意向・ニーズの把握に努め、提供するサービス内容を常に吟味する姿勢でサービスの質の向上を目指す。その観点により、苦情に対しても迅速かつ適切な対応を行っていく。

(4) 居宅介護支援事業所との連携によるサービス利用希望への迅速・適切な対応

サービス利用の相談受付に際しては、ケアマネジャーとの連携により、利用者の心身状況や家族状況をよく把握し、様々な利用ニーズに配慮した迅速かつ適切な対応により、短期入所生活介護施設としての使命を果たす。

【事業内容】

(1) 基本的な生活介護

利用者の心身機能の維持・向上を目的として、利用者及び家族の要望を踏まえ自宅との継続した生活を支援していくものとし、専門的な介護を提供する。

・食事

食事形態、摂取方法、嗜好などについて利用者の希望をふまえ、できる限り家庭での状況に近づけた食事を提供する。

・入浴及び整容

利用者の希望や身体状況に合わせて特殊浴槽と一般浴槽を使い分け、安全で快適な入浴サービスを提供する。また、入浴のニーズが高いことを踏まえ、柔軟な入浴対応を心掛け、場合によっては部分浴や清拭の対応などにより、利用者の清潔保持を図る。

・排泄

自宅での排泄介護の状況も踏まえた上で、利用者の尊厳とプライバシーの保護に十分配慮した快適で適切な排泄介護を行う。

・移動

自宅での状況を踏まえ、利用者の身体状態に合った適切な移動介助を行う。

(2) 送迎サービス

家屋の立地状況や利用者の身体状況などを配慮して、安全な送迎方法を検討し、適切な介護技術による安全な送迎サービスを行う。送迎時間の設定については、可能な限り利用者及び家族の希望に配慮した対応をする。

(3) 機能訓練及びアクティビティサービス

利用者の心身状況をふまえ、短期入所生活介護計画にもとづき心身機能の維持・向上を目的に生活機能訓練を実施する。レクリエーション等の実施や他者とのコミュニケーションにより、利用中にも楽しみを持って過ごすことができるよう配慮していく。

3 デイサービス事業

【基本方針】

デイサービス事業では、住み慣れた自宅や地域で豊かな生活を送ることができるよう地域包括ケアシステムを基盤に、心身機能、活動、参加の側面から支援し、アクティビティ活動や趣味活動、社会交流を通して『生きがい活動』の場としてのスタイルの実現を目指す。更に、レスパイト機能の充実と障害者の地域移行など幅広い福祉ニーズに対応できるような柔軟性の兼ね備えた事業所作りを目標とする。

(1) 選択サービスおよび、くらし活動の充実

①機能訓練・健康増進の充実

3か月毎の居宅訪問により生活状況および心身機能の把握から生活機能の向上を目的とした「機能訓練計画書」を作成し、日常生活動作訓練、個別リハビリ、集団リハビリを行うと共に利用者が主体的に取り組める自主トレーニングを積極的に推進するため、その環境作りにも取り組んでいく。また、毎日行う健康チェック（バイタル測定・本人からの聞き取り）などを通して、医療との連携を推進し自分自身の身体に関心を示し健康を増進していける環境作りを行う。

②口腔機能向上サービスの実施

口腔ケア、摂食嚥下機能に関わる訓練の実施により咀嚼や嚥下などの機能が改善し栄養状態の改善が図られると共に「食」に喜びを感じ楽しみある生活が送れるよう「口腔ケア計画」を作成し、利用者自身が「口の健康」に関心がもてるよう口腔体操や食後の口腔ケアにより家庭でも実践出来るような援助およびプログラムの設定を行う。

③くらし活動および役割活動、趣味活動の充実

高齢期における家庭内や社会的役割の喪失などを背景に、生きる意味や価値を見出すことができるよう、くらし活動や役割活動、趣味活動の充実を図ると共に利用者自身が主体となり活動を運営していくことができるような「サークル活動」の仕組みづくりを行っていく。特に認知症予防となる様「ふまねっと」だけではなく、拮抗運動やコグニサイズなどを取り入れて、積極的に活力あるくらし活動として、利用者が楽しく生き生きと活動できる様に取り組む。さらに「さをり織り」「手芸くらし」では作品制作だけではなく利用者自身が企画や販売、展示などに携わることのできる仕組みの実現に向けて取り組みを行う。デイサービスの環境作りについても利用者と共に花壇作り・観

葉植物の手入れなど緑あふれる環境作りを実践していく。

(2) 各部門における重点事項と専門性の確立

介護部門

①自立支援と在宅生活の継続の援助

- ・生活リハビリが中心となるような自立支援援助
- ・個々の意向を取り入れたくらし活動や行事の実現
- ・趣味活動の継続と生きがい作りの創出
- ・事故防止の徹底
- ・小樽デイサービス連絡協議会主催の研修への積極的参加

②サービスの質の向上

- ・介護技術の向上（安全安楽な介助方法の取得、研修会や勉強会への参加）
- ・認知症および障害分野の理解と適切な対応
- ・「気づき」から配慮のあるケアと接遇及び個別性の理解
- ・倫理的感受性を磨き「気づきの力」を養いケアに展開していく
- ・科学的根拠に基づいたケアの実践
- ・くらし活動の充実および趣味活動の強化、レクや季節感に溢れた月行事の企画
- ・サービス評価の実施および改善
- ・職員間・他職種との連携とチームワークの強化
- ・状況に適した業務改善の検討と柔軟な対応
- ・介護福祉士会およびカンファレンスによる専門性およびチーム全体の実践力の向上
- ・自己啓発、育成のための学習会の開催や自主研修および事例発表の実施

看護部門

①健康管理

- ・健康状態を把握し体調不良などの早期発見に努める
- ・感染症のまん延を予防する
- ・医療機関との連携による適切な援助

②機能訓練

- ・身体機能の維持、低下を防ぎ生活機能の向上を目的とした機能訓練の実施
- ・生活状況の把握および体力測定により個々の状態に応じた機能訓練の設定と自主的に取り組むことのできる工夫
- ・訓練内容の充実を図るための研修会への参加
- ・小樽デイサービス連絡協議会主催の研修への積極的参加

相談援助部門

- ・相談窓口の強化および迅速な受け入れ調整の実施
- ・利用者定員と登録者数の調整および傾向分析により稼働率の安定を図る
- ・当事業所の広報活動および営業活動
- ・アンケートなどによる利用者の満足度の追求および選ばれる事業所創り
- ・利用者および家族からの照会や相談への迅速な対応
- ・透明性のある事業所作りと誠実な対応による苦情防止
- ・他職種、他事業所、家族との連絡調整および連携強化

- ・介護予防通所介護計画および通所介護計画書の作成・実施の統括
- ・地域活動への参加調整および地域ニーズの掘り起こし
- ・相談援助技術の向上のための研修会への参加および事例研究への取り組み
- ・相談員連絡協議会を通じ専門性向上、連携に必要な情報共有システムの構築に努める
- ・小樽デイサービス連絡協議会主催の研修への積極的参加

(3) 通所介護計画書、記録等の内容の充実

アセスメントに基づいた通所介護計画書を期限に沿って作成し利用者自身が目標達成に向けた取り組みができるよう計画書を活用していく。さらにサービス内容がより効果的なものとなるよう利用者と共にモニタリングや評価の機会を作っていく。また、カンファレンスは各職種が専門的知見から積極的に意見を交換することで「真のニーズ」を見極めていく力を養うことができるよう取り組んでいく。記録等については、作成した通所介護計画書に沿った内容となるように、適宜「ちょうじゅ」システムの改善および独自のシステムを活用しながら作業効率の向上を図り充実させていく

(4) 業務の効率的運用

正規職員・契約職員・パート職員の役割分担を明確にした業務体制をとると共に業務改善を目的とした会議やコンピューターシステムの開発、記録用紙の見直しなどにより作業効率のアップを図り、日常業務が効果的となるよう取り組んでいくものとする。更にスーパービジョンにより職員全体の資質の向上と心身の健康の維持を図る。

(5) 事故防止・感染防止対策の徹底

『ヒヤリハット記録』や『事故報告書』より事故のデータ（時間・場所・事故の内容）を収集し、事故原因から再発防止策等についての分析を適切に、効果的に行なう。また、職員間で『ヒヤリハット』や『事故』の内容等の情報共有を即日図ると共に再発防止に関する方策について検討し、事故防止に努める。感染防止については、看護職員を中心として、『感染症マニュアル』を随時見直すとともに、ミーティング等で感染症対策についての情報を職員に周知し、感染症のまん延および予防に努める。

(6) サービスの質の向上への取り組み

「介護サービス情報の公開」について、適切に公表することに加え、自己評価や利用者懇談会・アンケート等を実施し、サービスの質の向上につなげる。また、『業務マニュアル』の見直しと『学習会』の開催により、サービスの質の改善と最新の情報の共有、『ケアカンファレンス』や『ミーティング』により統一した適切なケアを展開し事故・苦情等の防止に努める。

(7) 地域ニーズへの対応

超高齢社会を背景に地域に向けて、世代間交流委員会と連携を図りながら、健康と福祉の意識向上に対する啓蒙活動及び地域住民に対して次世代育成を視野に入れた福祉教育等を実践し地域福祉の増進を図っていくものとする。

(8) 家族、関係機関及び地域との連携

送迎時や連絡ノートの活用により、利用者の家族と情報交換を積極的に行なうように努めると共に利用者担当職員・生活相談員を中心として、家族との個別面談や施設見学の機会を設定し家族との信頼関係を深めることを目指す。また、地域内の居宅介護支援

事業所・地域包括支援センターや他サービス事業所、医療機関、行政機関等との連携を強化し、サービス担当者会議の参加、モニタリングへの回答等の機会を通じて情報共有を図ると共に定期的に内覧会を開催し事業所の信頼性と理解を獲得していく。また、「あかり」をはじめとするボランティア団体との協働活動や実習生の受け入れ及び保育所、幼稚園、小学校等との交流についても積極的に行ない関係性を大切にしていく。

(9) 人材育成

職員の資質向上を図るため OJT を効果的に行い事業所全体のスキルの向上を図ると共に法人研修・学習会・外部研修・他施設における見学等などの OFF-JT を通じて、更なる専門性の向上に努めていくものとする。

また、職員の研修計画ノートを作成し定期的な面談機会を作るなどの人材育成システムの確立を目指し運用していくことで安心して働くことのできる環境作りと離職防止を図っていく。

(10) アクティビティサービス

各種クラブや療法活動（別表①参照）の機会を、個々の利用者の心身状況や希望に応じて提供する。また、月の行事（別表②参照）やレクリエーションでは、利用者自身が選択でき満足感や生きがいを得られるように努めると共に利用者自身が主体的に活動できるような援助を展開していく。

外出レクリエーションは、初夏と秋の2回企画し、外食や観光など、目的別に行き先を設定し、利用者の希望に応じて、選択のうえ参加してもらうこととする。また、ボランティア団体へ積極的に働きかけ芸術鑑賞の機会や「食」を楽しめるような企画を盛り込んでいく。

別表①〈デイサービス くらぶ活動・活動週間予定表〉

	午前（趣味活動）	午後（くらぶ活動）
月	ステンシル	ふまねっと、麻雀、カラオケ、花札、さをり織りなど
火	手芸	音楽クラブ、ふまねっと、麻雀、カラオケ、花札、さをり織りなど
水	ステンシル	ふまねっと、麻雀、カラオケ、花札、さをり織り、朗読（月1回）など
木	手芸	ふまねっと、麻雀、カラオケ、花札、さをり織りなど
金	ステンシル	音楽クラブ、ふまねっと、麻雀、カラオケ、花札、さをり織りなど

別表②〈デイサービス 年間行事予定表〉

	月行事	その他
4月	音楽・芸能鑑賞会	

5月	お花見ツアー	花壇作成・畑苗植え・苗買い物
6月	お祭りツアー	手宮祭り・竜宮祭り
7月	仁木サクラランボツアー	
8月	夏祭り・盆踊り	野外食（焼肉・ジンギスカン）
9月	敬老会	野菜収穫
10月	紅葉狩り	外出レクリエーション（紅葉ドライブ・外食・観光など）
11月	文化祭	市内シルバー作品展示会出展
12月	クリスマス会・餅つき	1年間思い出シアター
1月	新年会・ワックスボール作り	
2月	雪あかりの路・豆まき	
3月	ひな祭り	
毎月	誕生会（お茶・お菓子）、お楽しみご膳週間（季節のメニュー、生寿司、鍋など）	

4 デイサービス事業

（介護予防認知症対応型通所介護・認知症対応型通所介護）

【基本方針】

認知症対応型デイサービス事業では、パーソンセンタードケアの理念のもと認知症高齢者及び若年性認知症の利用者が住み慣れた自宅や地域で社会とのつながりを大切に生きがいや楽しみある生活を送ることができるよう地域包括ケアシステムを基盤とした認知症ケアの実践を目指す。また、その人の人生を知り（ナラティブケア）、その人の心に寄り添ったケア（バリテーションセラピー）を展開することで、その人にその症状がどうして生じるのか的確にアセスメントすると共に根拠を見出し、認知症ケアを確立していくことで認知症ケアの地域拠点としての役割を發揮することができるよう取り組んでいく。

（1） 機能訓練の充実

心身機能の維持増進ならびに利用者個人の生活に連動した具体的目標設定により「個別機能訓練計画書」を作成し、その実現に向けて日常生活動作訓練、個別リハビリ、集団リハビリ、アクティビティを通じた訓練活動など楽しみながら継続でき効果的な援助を行う。

（2） 認知症高齢者に対するケアの見直し

家庭的な雰囲気の実現として、回想法に役立つ様な昔の懐かしい物をさり気なく配置したり、臭覚に精神的安定を促進するため、アロマの活用による落ち着いた中で馴染みの仲間と楽しみながら役割を持ち能力を發揮できるような環境作りと一人ひとりに合った過ごし方

を見出すことで自分らしさが表現できるようなサービスの提供に努める。また、認知症の原因疾患、発症年齢、病期および個々が抱える日常生活上の課題など適切にアセスメントするために事業所独自のアセスメントツールを作成し、適切なケアと医療・脳活性化リハビリの包括的な支援体制がとれるよう各機関との連携に努める。さらに認知症のケアは日進月歩であり外部研修参加等により専門的知識および技術の習得と事例検討などを通して事業所の専門性を高めていく。

(3) 各部門における重点事項と専門性の確立

介護部門

①自立支援と在宅生活の継続の援助

- ・生活リハビリが中心となるような自立支援援助
- ・個々の意向を取り入れたくらす活動や行事の実現
- ・趣味活動の継続と生きがい作りの創出
- ・事故防止の徹底
- ・小樽デイサービス連絡協議会主催の研修への積極的参加

②サービスの質の向上

- ・介護技術の向上（安全安楽な介助方法の取得、研修会や勉強会への参加）
- ・認知症の理解と適切な対応
- ・「気づき」から配慮のあるケアと接遇及び個別性の理解
- ・科学的根拠に基づいたケアの実践
- ・くらす活動やレクレーションおよび季節感に溢れた月行事の企画
- ・サービス評価の実施および改善
- ・職員間・他職種との連携とチームワークの強化
- ・状況に適した業務改善の検討と柔軟な対応
- ・介護福祉士会およびカンファレンスによる専門性およびチーム全体の実践力の向上
- ・自己啓発、育成のための学習会の開催や自主研修および事例発表の実施

看護部門

①健康管理

- ・健康状態を把握し体調不良などの早期発見に努める
- ・感染症のまん延を予防する
- ・医療機関との連携による適切な援助

②機能訓練

- ・身体機能の維持、低下を防ぎ生活機能の向上を目的とした機能訓練の実施
- ・体力測定により個々の状態に応じた機能訓練の設定と自主的に取り組むことのできる工夫
- ・訓練内容の充実を図るための研修会への参加
- ・小樽デイサービス連絡協議会主催の研修への積極的参加

相談援助部門

- ・相談窓口の強化および迅速な受け入れ調整の実施
- ・利用者定員と登録者数の調整および傾向分析により稼働率の安定を図る
- ・当事業所の広報活動および営業活動

- ・アンケートなどによる利用者の満足度の追求および選ばれる事業所創り
- ・利用者および家族からの照会や相談への迅速な対応
- ・透明性のある事業所作りと誠実な対応による苦情防止
- ・他職種、他事業所、家族との連絡調整および連携強化
- ・介護予防通所介護計画および通所介護計画書の作成・実施の統括
- ・地域活動への参加調整および地域ニーズの掘り起こし
- ・相談援助技術の向上のための研修会への参加および事例研究への取り組み
- ・相談員連絡協議会を通じ専門性向上、連携に必要な情報共有システムの構築に努める
- ・小樽デイサービス連絡協議会主催の研修への積極的参加

(3) 通所介護計画書、記録等の内容の充実

アセスメントに基づいた通所介護計画書を期限に沿って作成し利用者自身が目標達成に向けた取り組みができるよう計画書を活用していく。さらにサービス内容がより効果的なものとなるよう利用者と共にモニタリングや評価の機会を作っていく。また、カンファレンスは各職種が専門的知見から積極的に意見を交換することで「真のニーズ」を見極めていく力を養うことができるよう取り組んでいく。記録等については、作成した通所介護計画書に沿った内容となるように、適宜「ちょうじゅ」システムの改善および独自のシステムを活用しながら作業効率の向上を図り充実させていく

(4) 業務の効率的運用

正規職員・契約職員・パート職員の役割分担を明確にした業務体制をとると共に業務改善を目的とした会議やコンピューターシステムの開発、記録用紙の見直しなどにより作業効率のアップを図り、日常業務が効果的となるよう取り組んでいくものとする。更にスーパービジョンにより職員全体の資質の向上と心身の健康の維持を図る。

(5) 事故防止・感染防止対策の徹底

『ヒヤリハット記録』や『事故報告書』より事故のデータ（時間・場所・事故の内容）を収集し、事故原因から再発防止策等についての分析を適切に、効果的に行なう。また、職員間で『ヒヤリハット』や『事故』の内容等の情報共有を即日図ると共に再発防止に関する方策について検討し、事故防止に努める。感染防止については、看護職員を中心として、『感染症マニュアル』を随時見直すとともに、ミーティング等で感染症対策についての情報を職員に周知し、感染症のまん延および予防に努める。

(6) サービスの質の向上への取り組み

「介護サービス情報の公開」について、適切に公表することに加え、自己評価や利用者懇談会・アンケート等を実施し、サービスの質の向上につなげる。また、『業務マニュアル』の見直しと『学習会』の開催により、サービスの質の改善と最新の情報の共有、『ケアカンファレンス』や『ミーティング』により統一した適切なケアを展開し事故・苦情等の防止に努める。

(7) 地域ニーズへの対応

超高齢社会を背景に地域に向けて、世代間交流委員会と連携を図りながら、健康と福祉の意識向上に対する啓蒙活動及び地域住民に対して次世代育成を視野に入れた福祉教育等を実践し地域福祉の増進を図っていくものとする。

(8) 家族、関係機関及び地域との連携

送迎時や連絡ノートの活用により、利用者の家族と情報交換を積極的に行なうように努めると共に利用者担当職員・生活相談員を中心として、家族との個別面談や施設見学の機会を設定し家族との信頼関係を深めることを目指す。また、地域内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターや他サービス事業所、医療機関、行政機関等との連携を強化し、サービス担当者会議の参加、モニタリングへの回答等の機会を通じて情報共有を図ると共に定期的に内覧会を開催し事業所の信頼性と理解を獲得していく。また、「あかり」をはじめとするボランティア団体との協働活動や実習生の受け入れ及び保育所、幼稚園、小学校等との交流についても積極的に行ない関係性を大切にしていく。

(9) 人材育成

認知症対応型デイサービスとして、認知症の理解向上、資質向上を図るため OJT を効果的に行い事業所全体のスキルの向上と共に法人研修・学習会・外部研修・他施設における見学等などの OFF-JT を通じて、更なる専門性の向上に努めていくものとする。

また、職員の研修計画ノートを作成し定期的な面談機会を作るなどの人材育成システムの確立を目指し運用していくことで安心して働くことのできる環境作りと離職防止を図っていく。

(11) アクティビティサービス

各種クラブや療法活動（別表①参照）の機会を、個々の利用者の心身状況や希望に応じて提供する。また、月の行事（別表②参照）やレクリエーションでは、利用者自身が選択でき満足感や生きがいを得られるように努めると共に利用者自身が主体的に活動できるような援助を展開していく。

外出レクリエーションは、初夏と秋の2回企画し、外食や観光など、目的別に行き先を設定し、利用者の希望に応じて、選択のうえ参加してもらうこととする。また、ボランティア団体へ積極的に働きかけ芸術鑑賞の機会や「食」を楽しめるような企画を盛り込んでいく。

別表①〈認知症対応型デイサービス クラブ活動・療法活動週間予定表〉

	午前	午後
月	○脳活性化リハビリ ・学習療法（音読、計算、漢字）	○歌の会
火	・パズル ・習字（書写）	○音楽クラブ(火曜日・金曜日) ○カラオケ
水	○朗読会・回想法 ○趣味活動	○運動レク（ボール遊び・輸送等） ○誕生会
木	・将棋・オセロ・トランプ ・園芸（夏季）	○カルタ ○ラジオ体操・健口体操
金	・手芸、工作 ・調理など	

別表②〈デイサービス 年間行事予定表〉

	月行事	その他
4月	音楽・芸能鑑賞会	
5月	お花見ツアー	花壇作成・畑苗植え・苗買い物
6月	お祭りツアー	手宮祭り・竜宮祭り
7月	仁木サクラランボツアー	
8月	夏祭り・盆踊り	野外食（焼肉・ジンギスカン）
9月	敬老会	野菜収穫
10月	紅葉狩り	外出レクリエーション（紅葉ドライブ外食・観光など）
11月	文化祭	
12月	クリスマス会・餅つき	1年間思い出シアター
1月	新年会・ワックスボール作り	
2月	雪あかりの路・豆まき	
3月	ひな祭り	
毎月	誕生会（お茶・お菓子、カラオケ） お楽しみご膳週間（季節のメニュー、生寿司、鍋など） 外部ボランティアによる演奏会など	

5 居宅介護支援事業所

【基本方針】

1. 地域に根ざしたケアマネジメントの展開

小樽市の平成30年度の総人口に占める65歳以上の割合（高齢化率）は39.0%で、全国平均27.7%よりも高く、2045年までに52.1%に達し、おおよそ10人に5人が高齢者になると見込まれている。全国の水準を大きく上回り、単身世帯が増えていることから、多様な生活課題を抱えた高齢者の暮らしを、地域で支えていく必要がある。特に市内西部地区に関しては、人口減少が著しく高齢化が著明であることから、「自助・互助・共助・公助」の連携が必要であり、地域の特性を踏まえたケアマネジメントの展開が求められている。

2. 専門職としての実践力の向上

- ・個別研修計画に基づいた法人内研修・学習会・事例検討会のほか、外部研修等に積極的に参加し、知識を深めるとともに情報収集に努めていく。
- ・実務研修者の指導や他法人等との事例検討などに取り組み、専門職としての資質の向上と人材育成の役割を担っていく。

《研修会》

- ・法人内研修（ケアマネスキルアップ研修：年1回）、学習会および事例検討会（月1回）

- ・他法人（社会福祉法人小樽育成院）との事例検討会（年1回程度）
- ・地域包括支援センター主催の研修会（年4回程度）
- ・病院主催の研修会および講演会など（月1回）
- ・小樽市介護支援専門員連絡協議会主催の研修会（年6回）
- ・介護支援専門員更新研修（1名予定）
- ・主任介護支援専門員研修（1名予定）

3. 安定した事業運営

- ・施設入所などにより解約件数が契約件数を上回る時期が続いたことで35件を維持することが難しくなっている。迅速丁寧な対応と円滑な連携により、安心して任せることのできる事業所として信頼を獲得し、担当件数の回復を図っていく。
- ・ケアマネジャー自身が心身の健康を保つことができるよう、セルフケアとラインケアによりメンタル不調を含めた健康管理に配慮していく。また、ライフワークバランスを意識した事業所運営を心掛ける。
- ・モチベーションを維持し離職防止を図るため、定期面談を実施し、個人目標を設定していく。取り組みたい課題などに関しては、事業所全体でサポートしていく。

【事業内容】

アセスメント（課題分析）と居宅サービス計画作成

基本項目に関する情報収集の他に、人生の歩みや家族の歴史など、本人や家族にとっての「物語」をしっかりと受け止めていく必要があると考える。アセスメントの手法については、介護支援専門員標準項目を用いて適切な課題分析により、居宅サービス計画を作成する。

ケアマネジメントの充実

サービス事業所・家族・地域・関係機関がチームで関わり、利用者にとっての最善の支援が展開できるようコーディネイトの機能を果たしていく。ケアマネジメントの過程においては介護支援専門員の倫理綱領に基づき、多職種協働の視点で評価していく。

事業所内ミーティング

利用者の支援状況や社会資源、医療や保健福祉に関する諸制度、ケアマネジメント技術の共有や困難事例、苦情対応など随時検討する体制を確保し、事業所の質の向上を図る。

《開催日時》 毎週月曜日 8:40～

事例検討、学習会と伝達研修

実践力の向上を図るため研修計画に基づき、事業所内において月1回のペースで事例検討会または学習会を開催する。また、法人内の研修のほか外部研修に参加した場合は伝達研修を行い事業所全体のスキルアップを図っていく。

《開催日時》 毎月第二火曜日 16:00～

地域交流活動

法人で取り組んでいる地域交流活動に賛同し、地域の実情やニーズを把握すると共に地域づくりに取り組んでいく。

要介護認定調査の実施

小樽市や他市町村より委託を受け、要介護認定調査を行なう。

《受託件数》

事業所全体で25件/月を予定

6 ケアハウス

ケアハウスの利用者支援は、自立支援・介護予防の視点に立ち、利用者自身が自らの健康を管理し、生きがいを持って自分らしく、ケアハウスでの生活はもとより地域での生活を継続できるよう支援することを目標とする。

利用者には1日でも長く、健康で、安心して、主体的に生活を送ることができるよう、各種介護予防プログラムの実践や、食を通じた健康づくりに力を入れて取り組むと共に、利用者が抱える生活課題に対しては、職員各々が専門性をもって相談援助サービスを提供することを目指す。

また、近年、高齢者を取り巻く問題が多様化、複雑化している中で、ケアハウスに求められる役割、果たすべき役割も社会のニーズと共に変わってきている。ケアハウスは社会福祉施設としての責務を自覚し、地域社会の中で困難を抱える高齢者の受け皿となり得るよう、関係機関との連携、協力を努め、様々なニーズに柔軟に対応できる体制と環境の整備に取り組む。

(1) 日常生活の支援

ケアハウスの自立支援・介護予防支援にあたっては、利用者個々の持つ特性に配慮し、次に挙げる4点に重点を置いて取り組んでいきたい。

- ① 利用者自らの中にある力を高め、発揮できるよう支援する。(エンパワーメントの視点)
- ② 職員がそれぞれ専門職として意図的に関わり、その結果を適切に評価できる体制を整える。(PDCAサイクルの実施と活用)
- ③ 家族、外部介護支援サービス事業者との連携を強め、社会資源の開拓と活用を進めることで、利用者を多面的・重層的に支える関係を築く。(ソーシャルワーク機能の充実)
- ④ 世代間交流や地域住民との交流を推進する。

また、具体的には以下のことに積極的に取り組む。

- ・利用者の心身機能やニーズの変化に適切に対応するため、アセスメントの視点をもって利用者の日々の様子を観察し交流する。
- ・定例の懇談会の他、小グループでの茶話会などを通じ、利用者の要望や生活課題の把握に努める。また、全利用者に実施している生活アンケートの結果や、苦情・要望への対処が形骸化しないよう留意し、結果については公開することを基本とする。
- ・日々の申し送りの中で職員間の情報の共有化をはかり、専門職の視点に立って適時適切な相談援助サービスの導入と提供が図れるよう努める。
- ・サービスの提供に当たっては、利用者間の公平性に配慮しつつ、利用者個々のニーズや特性に応じて、柔軟に対応できるサービス体制の整備に努める。
- ・利用者が明るく生きがいを持ち、その心身機能が低下しないよう、レクリエーションや行事などを企画実施する。レクリエーションや行事活動を通じて利用者間の交流が深まり、また、利用者の自主的な取り組みに発展できるよう、職員は側面から支援する。
- ・要支援、要介護状態にある利用者は、介護保険サービスを利用しながら生活しているが、介護保険サービスだけでは補いきれない日常生活上の不便を抱えている。そのため、施設で提供可能なサービスや外部サービスの導入を検討し実施する。

・家族との連携を深められるよう、特に要支援・要介護状態にある利用者においては、家族への日常の報告、連絡、相談を心がける。また、医療・行政機関、外部サービス事業者との連携を図り、ケアハウスでの生活を維持継続できるよう支援する。

・頼るべき身寄りがいない、経済的な問題があるなどの困難な課題を有している利用者や入居相談者に対しては、ケアマネージャーや地域包括支援センター、行政などの関係機関との協力を進め、実効的でより柔軟な支援ができるよう調整する。

(2) よりよい食事提供に向けて

・高齢者に適した食事を毎日3食提供する。また、医師の指示のある時は、指示内容に応じた療養食など特別な食事の提供をおこなう。

・利用者の好みに即した食事を提供するため嗜好調査をおこなう。

・新たなメニュー開発に取り組むと共に、日々新しい感覚を持ち、食べる楽しみを感じることができる食事の提供をおこなう。また、“選べる楽しみ”の一環として、選択食(セレクト食)の提供に取り組む。

・感染症や食中毒の発生率が全国的に年々上昇する中、より安全な食事の提供が求められている。職員および調理担当者は知識を習得し、食中毒や感染症の発生予防に努めるとともに、最新の情報を収集し、業務の中に取り入れていく。また、万一発生した場合は、感染症対応のマニュアルに沿って対処し、感染を拡げないように努める。

・食事はケアハウスが提供するサービスの中で、大きな柱の一つである。利用者の食事への満足度や興味、関心を高めていけるよう、日々の生活場面の中で利用者一人一人が持つ食事へのニーズを聞き取り、それに応えていけるよう努める。畑で収穫された食材を使用する調理や季節のお菓子作りなどを開催する場を通し、利用者と積極的にコミュニケーションを取れるよう努める。

(3) 保健衛生・環境整備

利用者の高齢化や多岐にわたる疾病、要支援・要介護状態にある利用者の増加に伴い、夜間休日のオンコール、救急搬送などの対応が増えてきている。同時に、一度入院になると長期化、あるいは、退所に至るケースも少なくない。体調の変化を早期に発見し、ケアハウスでの生活を続けられるよう、利用者の健康維持のため以下の点に取り組む。

・利用者が自らの健康管理に役立てられるよう、健康チェック（バイタル測定、毎週1回）、定期健康診断（年1回）を実施する。

・職員は利用者の健康状態や受診状況等の把握に努め、利用者の急変等体調不良時に適切な対応が取れるよう、情報や記録の整備に努める。

・利用者の心身の状況については、かかりつけ医や家族、サービス事業者等と情報の共有をおこない、連携して利用者の健康保持や疾病の予防に努める。

・感染症予防のため、インフルエンザ予防接種の実施や環境整備をおこなう。また、利用者が感染症に対する予備知識を持てるよう情報発信に努める。

・介護予防の視点に立ち、利用者の健康増進に役立つようなレクリエーションの実施や講座の開催に取り組む。

・職員は疾病や急変時の対応など、基礎的な医学知識の習得に励む。

(4) 地域・社会交流

- ・赤岩保育所との交流菜園や園芸活動、行事の共催等を継続し、世代間交流を進める。子供たちとの交流を通し、利用者の生活の中に潤いや温もりが生まれ、張りのある生活がおくれるよう支援する。また、子供たちには、老いることへの思いやりの気持ちが芽生えることを願い、交流をおこなう。
- ・利用者各々が地域の一員として、今まで培ってきた知識や経験を発揮しながら生活できるよう、地域の行事への参加や高齢者団体との交流を支援する。
- ・地域貢献の一環として、地域の環境整備や美化活動に積極的に参加する。
- ・火災や自然災害などの緊急時には、町内会や地域住民の方との連携に努める。

(5) 職員の資質の向上と自己実現

- ・職員は、専門職として適切な相談支援やサービス提供がおこなえるよう、知識と技術の習得に励み、各種研修会への参加や自己学習に積極的に取り組む。
- ・職員は、自分自身で課題や目標を持ち、課題の克服や目標の達成に取り組む中で専門職として成長できるように努める。

【職員体制】

施設長	1名
ソーシャルワーカー	1名
ケアワーカー	2名
栄養士	1名

調理員（委託）

守衛員（委託）

【職員研修】

- ・より質の高いサービス提供のため、施設内外の各種研修会、学習会へ積極的に参加し、知識と技術の向上に努める。

【防災計画・防災訓練】

- ・災害その他緊急事態に備え、防災（消防）計画を定め、その計画をもとに年2回以上、防災・避難訓練を実施し、利用者の防災意識の向上に努める。
- ・火災訓練の他、自然災害が発生した際の避難訓練について実施する。
- ・非常時に職員や守衛員と連携し、より安全に避難できるよう、各階利用者の中から選出された連絡員を置き、防災および非常時の協力体制が取れるよう努める。
- ・非常事態の発生に備え、町内会や地域住民と連携して的確な対処ができる体制づくりに努める。

【休日・夜間の管理体制】

- ・ケアハウスは休日、夜間の職員配置がないことから、委託警備会社から派遣

される守衛員が初期対応をおこなうこととなる。

休日、夜間の緊急時には、守衛員から待機職員へオンコールする体制を取り、連携して対応をおこなう。

また、非常災害時には特別養護老人ホームの職員および守衛員と協力し、初期活動をおこなう。

【ケアハウスはる行事計画】

月	行 事	保健衛生・防災	会議・集会等
月例	誕生会 ビデオ上映会 お楽しみ入浴	バイタルチェック (毎週実施)	入居者懇談会 (隔月実施)
4月	お茶会 外出レク(お花見)		懇談会
5月	交流菜園開始 (赤岩保育園との交流) こどもの日(行事食) 母の日(行事食)		地域ボランティア清掃
6月	運動会 交流菜園 父の日(行事食)		懇談会
7月	外出レク(回転寿司) 交流菜園 夏祭り(小樽地区法人合同)	避難訓練	2階 茶話会
8月	バーベキュー 七夕祭り(花火大会) 交流菜園収穫祭 (赤岩保育園との交流)		懇談会
9月	創立記念日 敬老祝賀会 十五夜祭り(行事食) お彼岸おはぎ作り	健康診断	3階 茶話会
10月	外出レク(紅葉見学) 芋もち作り(赤岩保育園との交流)		地域ボランティア清掃 懇談会
11月	文化祭・文化作品展 漬物作り(菜園の野菜を利用)	インフルエンザ予防接種	4階 茶話会
12月	クリスマス会 餅つき		給食嗜好調査 懇談会
1月	新春かるた大会 仮装カラオケ大会		日常生活アンケート
2月	節分豆まき 鍋パーティー	避難訓練	

	ケアハウス雪明りのみち		
3月	ひな祭り お彼岸ぼたもち作り		

*その他、音楽演奏会・日常生活上の啓蒙として外部講師による講演会などの催事を企画し、実施する（不定期）

【レクレーション・クラブ活動週間予定】

曜日	午 前	午 後
月曜日		娯楽(麻雀)クラブ(13:30～16:00)
火曜日	脳トレーニング(11:00～11:45)	コーラスクラブ(15:00～16:00) *隔週
水曜日	カラオケ(10:00～11:00)	手作業を楽しむ会(14:00～15:30)
木曜日	健康チェック(10:00～11:00) 脳トレーニング(11:00～11:45)	ストックウォーキング(14:00～15:00)
金曜日	脳トレーニング(11:00～11:45)	健康イキイキ体操(14:00～15:00)
土曜日		娯楽(麻雀)クラブ(13:30～16:00)

*その他 みんなの体操(毎日 11:30～)
園芸クラブ(夏期のみ)

7 グループホーム

【基本方針】

○専門職（認知症介護従事者）として、利用者の当たり前の暮らしが、いつまでも続くことができるケアを目指す。

そのために、職員一人一人が「認知症介護」、「生活（当たり前の暮らし）」、「生きるということ」、「尊厳」について改めて考え、言語で表現し、チームの力としていくことを目指していく。

○“地域のひろば”の知名度と活動を、他事業所と連携し発展していく。

○職員ひとり一人が、やりがいをもち、活力ある職場づくりを目指す。

（1）地域のひろば・・・人々が集まりつながる場所へ

昨年度1階スペースを、だがし屋・レンタルルーム・はる文庫・サロンはるとして、地域へ解放することができ、今では子どもたちや地域住民が、買い物やカラオケなどを楽しんでいる。今年度は、さらに各世代のニーズを把握し、楽しみのある場、地域の人々がつながる場となるよう、他事業所と連携しながら活動していく。

また、小樽赤岩地区の各事業所の利用者のQOL向上や稼働に対し、メリットとなることも目指していく。

（2）チームワーク

慢性的な人員不足の中、良質なケアを保つためと働きやすい職場づくりのため職員は、一人一人が持っている力を発揮し、お互いを理解し助け合い、また専門職として意識を高く持ち続け、チーム力を向上していく。

（3）ケアの質・・・認知症介護の専門職として、生活の傍らに在るものとして

認知症は日常生活に支障をきたすが、改めて「認知症介護」、「生活（当たり前の暮らし）」、「生きるということ」、「尊厳」について、学び、掘り下げ考えていく。特に、認知症介護者として専門性の研鑽、また当たり前の暮らしの継続…生活を整えていくということを考え、言語で表現できることを目指す。

利用者一人ひとりの大切なことを大切に思うことができるケア、やさしさや思いやりのあるケア、丁寧なケアを行うために、常識的な考え方を身につけ、気づく力を養い、心のこもった暖かいケアを実現していく。

そのために、

- ・各ユニットは前年度の自己評価を基に、今の課題を見出し、目標を設定し、利用者のQOLの向上を目指し取り組んでいく。
- ・日々の細やかなことに気づき、真のニーズを把握、分析（アセスメント）し、今何が最善かを考え、行動することができる。
- ・それぞれが、専門職として、知識及び技術を身につけまた磨き、介護という職業へ誇りをもち行動する。
- ・認知症の知識、コミュニケーションをはじめとする技術、柔軟な思考、暖かな振る舞い、豊かな人間性などを身につけ、認知症の緩和ケアについて研鑽していく。
- ・看取りケアでは、「自分らしい最期を迎える＝自分らしく生きる」ということが重要である。このことは介護の基本であり、つまり日々のケアが重要である。しかし、死に直面すると職員は、不安や戸惑い、迷いなどから、その人らしさを見失い、ストレスを抱くことが多い。死生観（死について、生きるということ、尊厳ある死）などを学び、語り合い、共にいる人として成長していく。
- ・人は様々な“苦しみ”や“生きづらさ”を持ち生活をしている。職員ひとり一人が、自身を見つめ、“苦しみ”や“生きづらさ”を受け入れる対処法として、べてるの家の『当事者研究』の視点を取り入れていく。
- ・利用者の趣味や特技を活かした活動を、職員も自身の特技を活かし、視点を変え取り組んでいく。
- ・管理者、課長や主任、ユニットリーダーは、スーパービジョンの知識をもち、ケアの質を高め、利用者のQOLの向上を常に考えていく。

（4）活力のある職場づくり

慢性的な人員の不足などで、職場内のモチベーション低下や疲労を感じることもある。今後も人員の不足は大きな課題といえる。そんな今だからこそ、楽しく、助け合いやりがいのある職場づくりに取り組んでいかなければならない。

何でも話し合える職場、笑顔の絶えない職場づくりとなるよう取り組んでいく。

具体的な取り組みとして、管理者・課長・主任との面談、各ユニットリーダーを中心に、それぞれが生き生きと働くということはどのようなことなのかを考え、ユニット運営（ケアを中心に）を見直し改善していく。そして、それぞれの職員の生活も充実できるよう勤務のあり方（休暇、残業など）も検討していく。

（5）災害対策

災害や防火対策として、地域住民への避難訓練参加の呼びかけはもちろん、職員ひとり一人が、災害時の心構えをし、対策を強化していく。今年度も引き続き、災害用品の整備や自然災害への対策や訓練等行っていく。

【年間行事等予定】

月	月行事	各行事食	地域活動	保健・防災活動
4月	開設記念（16周年） 婦人部：会合	開設記念献立		
5月	お花見、端午の節句 婦人部：会合・東屋花植え活動	お花見外食、端午の節句料理		健康診断

	春のお茶会			
6月	日帰り旅行（家族参加） ドライブ 婦人部：会合・小旅行	外食	運営推進会議	消防訓練（地域）
7月	夏祭り、ドライブ 婦人部：会合・ジンギスカン炊き出し	土用の丑、ジンギスカン、外食	暖かインあかいわ	
8月	焼肉パーティー（家族交流会）	七夕献立、焼肉	運営推進会議 七夕まつり、盆踊り	
9月	お月見、敬老会、彼岸祭、ドライブ	お月見・お彼岸献立、敬老祝膳、外食	運営推進会議	自然災害訓練
10月	もみじ狩り、ドライブ 婦人部：会合、芋団子作り	外食	ハウインパーティー	消防訓練
11月	ドライブ 婦人部：長寿を祝う会	鍋料理、手打ち蕎麦、出張寿司	運営推進会議	インフルエンザ予防接種
12月	餅つき、クリスマスパーティー、大掃除 婦人部：会合・忘年会	クリスマス献立・ケーキバイキング、年越し献立	運営推進会議	
1月	お正月	おせち、七草粥、お寿司パーティー		
2月	節分 婦人部：会合	節分献立、中華バイキング、鍋料理	運営推進会議	
3月	ひな祭り、彼岸祭 婦人部：桜もちづくり、会合・報告会	ひな祭り献立、お彼岸献立	運営推進会議	
毎月 随時	<ul style="list-style-type: none"> ・誕生会（該当者のいる日） ・地域での戸外活動 ・手芸等の趣味活動（毎日） ・季節を感じられる環境作り ・音楽療法（毎週金曜日） ・花、野菜作り ・手織り工房はる（小物作り販売） 	<ul style="list-style-type: none"> ・誕生会食（該当者の好みの献立） ・季節の旬の食材を取り入れた献立 ・健康食（十六雑穀、食物繊維など） ・スイーツワゴン 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域のひろば（だがし屋、レンタルルーム、はる文庫、サロンはる） ・ボランティアあかり来訪 ・赤岩保育所との交流（園児訪問、各行事） ・地域の子ども来訪（はるキッズ） ・暖かインあかいわ 	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月防災自主点検 ・ラジオ体操、みんなの体操、フレックサイズ（毎日）

グループホームはる 1日の生活の流れ

5：30～7：00	起床（起床時間は入居者各自で設定）、身支度、洗顔
7：30	朝食調理、配膳
8：00	朝食、朝食後片付け
9：00	体操
9：30	玄関・居間・自室等清掃
10：30	各自自由（家族との面会等）

	外出希望者随時外出準備
11:00	昼食準備、
12:00	昼食、昼食後片付け
14:00	入浴、洗濯、各自自由（家族との面会、団欒、ゲーム等）
15:00	体操
16:30	外出者帰所
17:00	夕食準備
18:00	夕食、夕食後片付け
21:00	施錠、消灯

8 地域交流事業

(1) ボランティア活動の推進及び支援

ボランティアグループ「あかり」や朗読・俳句・傾聴ボランティア等の個人ボランティアの活動を支援するほか、市内各学校の学生、生徒等の独自のボランティア活動をコーディネートする。又、ボランティア活動参加を積極的に呼びかけて、地域との交流の活発化を図る。

介護者教室や市民講座の開催を企画するとともに、広報紙の発行等を積極的に行うことにより、地域コミュニティのかたちづくりに寄与することを目指す。

(2) 世代間交流の充実と発展

これまでも、高齢者への緩和ケア実践を基盤として、隣接する保育所等との交流事業に積極的に取り組んできたが、核家族化や「死」に対する意識の変化などの影響のためか、多くの子どもたちが高齢者と馴染むのに時間を要し、中には高齢者の言動に拒否反応を示す子どもがいるのも現状である。しかし、本来、緩和ケアは「死」を迎えるためのケアではなく、最期まで充実した「生」を全うするためのケアである。「死」を忌み嫌い、遠ざけるのではなく、むしろ乳幼児期から高齢者に触れる機会を多く持ち、「若い」や「障がい」「認知症」などに対する理解を深めることにより、「高齢者の尊厳」や「生と死」について、広く市民レベルで共に考える文化の創造に寄与したいと考える。

そこで、乳幼児期における「認知症教育」及び「死の準備教育」というテーマで、保育所、小学校の各児童に対して年齢・段階別に達成目標を設定し、各施設の高齢者の特徴を加味しながら、計画的な交流事業を行っていきたい。子どもと高齢者の交流を計画的に行い、「緩和ケア」における「認知症教育」「死の準備教育」に発展させて取り組んでいく。具体的には、赤岩保育所の園児と各施設の利用者がその特性に合わせて、「グループホーム・認知症型デイサービスのユニットを1クラスの園児がそれぞれ定期的に訪問し、なじみの関係になる」「畑作業を一緒に行い収穫を共に喜ぶ機会を持つ」「デイサービスのクラブ活動に園児が参加し、利用者の指導を受ける」など、行事参加の枠を超えた活動を行なう。

(3) オレンジカフェ（認知症カフェ）

稲穂町のサンモール商店街で、26年度から不定期に開催しているオレンジカフェ活動を促進し、認知症についての相談会、さをり織り体験、駄菓子販売などを通じて高齢化に伴う地域が抱える様々な課題を市民と共有していく。

(4) 実習生の受け入れ

①基本姿勢

ホームヘルパーや福祉士制度等を支える実習施設として、各養成機関との連携を密接にとりつつ、それぞれの実習生の目指す職種の実習を統一的なプログラムにより支援する。職員にとっては、施設や事業活動の全体像を再把握し、利用者に対するケアと業務を振り返る機会となし得ることから、指導技術を向上させながら、職員自身の資質向上を図っていく。

②利用者への配慮

施設は、外部に対し様々な形で開放されているが、実習生の受け入れ（又は見学者の受け入れ）に際しては、利用者の立場に立って下記の事項に配慮する。

- 1) 掲示や懇談会等によって事前にお知らせする。
- 2) 実習初日に実習生を紹介する。
- 3) オリエンテーションにおいて、プライバシー保護と守秘義務について確認する。
- 4) 特に排泄や入浴の介助については、実習状況を判断して、実施する。

実習生の存在が利用者にとって、精神面での活性化や喜びにつながるような実習指導をすることで、両者に対しプラスに働くように配慮していく。

(5) 講師派遣

地域の保健・医療・福祉の増進に寄与することを目的として、講師派遣の要請がある場合には、できる限り応じていく。

小樽稻穂部門

1 デイサービス事業（介護予防通所介護・通所介護）

【基本方針】

6年目に入り、昨年度より利用定員を45名に増員したが、利用実績が安定しない時期があり、現在まで多岐にわたる手仕事や、カフェの活用、さをり織りの広がりなど利用者の満足度を上げるためにはどのような工夫が必要か試行錯誤しながら運営をしてきた。全体的なプログラムは確立されてきているが、個別のニーズに対応している場面が多く、楽しいと思える、笑って過ごせる時間を利用者と職員で共有することが少なくなっている。全体での楽しい時間と、個別のニーズに対応する時間のバランスをとっていくことが課題であり、さらに、利用人数増加に伴い、各場面での細やかな目配り、気配りが欠けることがないように、利用者第一のケアを柱に業務にあたっていく。

また、ストレスフリーな職場を目指すためにも業務改善を行い、より働きやすい環境を整える必要もあると考え、業務分担の見直しと時間の有効活用を常に考え実行していく。余裕を持って業務を遂行する事も重要である。職員の余裕とは、負担を軽くする事だけではなく、より利用者と向き合える時間を作れる事と考えその為には何が出来るかを常に念頭に置く。営業活動も積極的に行い、新規利用者獲得へ向け、デイサービスはる小樽稲穂のアピールポイントの明確化と利用中の利用者についての迅速かつ柔軟な対応を他機関に評価してもらえよう、専門職同士の連携を強化していく。

（1）個別性に応じたサービスの計画と実施

個別のニーズに即した通所介護サービスの提供により、心身機能の維持向上等に効果が現れるよう、利用者の個別性に応じた通所介護計画（介護予防通所介護計画含む、以下同じ）を作成し、計画に基づいたサービスの実施に努める。

通所介護サービスの提供にあたっては、居宅介護支援事業者・地域包括支援センターからの情報提供及びサービス担当者会議や、職員による事前訪問、体験利用等を通じて必要な情報を収集し、個々の利用者のニーズを把握する。

そして、担当職員が居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（以下、居宅サービス計画等）に沿って通所介護計画を作成し、その援助目標やサービス内容・留意点等については、個々の心身状況や生活状況に応じた個別的かつ具体的な記載に努める。また、作成した通所介護計画の内容については、利用者本人・家族に説明の上、同意を得て交付する。同意を得た通所介護計画書は担当介護支援専門員にも交付する。

さらに、通所介護計画の内容に沿って統一されたサービスが実施されるように、ミーティングやカンファレンス等を通じて計画内容の情報共有に努める。また、担当職員を中心として、利用者・家族の意見も確認したうえで定期的な評価を行う。介護支援専門員へ必要に応じて電話での状況報告、毎月の実績と共にモニタリング・情報提供を行い、計画の見直しを行なうものとする。

（2）介護方法や接遇の統一と向上及び専門性の向上

適切な介護の提供により、転倒や誤嚥等、サービス提供中の事故発生を防止するよう努め、施設内研修・施設外研修を通し、職員の介護技術の向上に努める。研修後は、研修報告会を実施することにより、専門的な知識や技術に基づいたサービスが提供されるよう努める。

接遇においても利用者・家族の気持ちを汲み取った行動を取れるよう、または、外部機関との良好の関係性を築けるよう“デイサービスセンター小樽稲穂”としての意思統一を常に意識し、場合によっては行動規範や事業所の方向性について職員間での考えを深めていく。

サービスの提供は、事業所で作成している各種マニュアルに沿って行うものとし、全職員が業務マニュアル等に沿った介護を実践できるように、ミーティング等を通じてその内容の周知徹底に努める。なお、ヒヤリ・ハットや事故の発生時には、ミーティングで再発防止策を検討したうえで、ヒヤリ・ハット事故報告書を作成、職員間で周知徹底し、同様の事故発生防止に努めるものとする。

(3) 利用者・家族・地域との信頼関係作り

利用者・家族、さらには地域住民からも信頼されるサービス事業所となるよう、サービス提供に関する情報公開・発信・共有に努めるものとする。

第一に、利用者・家族と事業所との間で適切に情報共有ができ、効果的なサービス提供が行なわれるよう、利用中や送迎時、連絡ノート、電話等の様々な手段により、利用者・家族の意向を確認し、サービス内容に反映させるよう努める。また、日常的なコミュニケーションとは別に、利用者・家族に対してサービス内容についてのアンケートを実施する等、ニーズ把握やサービス向上に努める。

第二に、デイサービスでのサービス内容等を周知し、事業運営についての理解を得るため、小樽稲穂独自の広報誌を作成し、利用者・家族、関係機関等に向けて月1回発行する。また、居宅介護支援事業者等については、広報誌に加え、利用実績報告と共に利用の空き状況等についても情報を提供していく。また、小樽稲穂の活動内容をより幅広い方々に見てもらえるよう、インターネットを活用した広報活動にも積極的に取り組んでいく。その中での情報交換も行えるよう環境を整えていく。

第三に、利用に係る不安を解消し、スムーズな利用につなげるため、サービス利用希望者に対する、事前訪問、見学、体験利用についても、継続して受け入れていく。

(4) 新たな繋がりを常に考える

デイサービスセンターはる小樽稲穂の風通しを良くするとは、世代関係なく色々な方々との交流が出来る施設、という事である。その前段階として駄菓子屋や、地域住民、ウィステリア小樽稲穂の入居者が気軽に立ち寄れる空間作りを行う。そこで関わった利用者との交流が更に続いていき、互いの生きがいや楽しみへと繋がっていきと考えられる。

そのような空間をデイサービス内だけではなく、サンモール商店街に暖カフェ（子ども食堂、認知症カフェ）を常設し、世代問わず気軽に立ち寄れる空間を作る事により、更に地域の輪が広がり、携わった方々の知恵や関わりが、更に色々な方の支援に繋がる。そういった関係をサポートする立場として、常に色々なものと繋がれる事はないか模索していくデイサービスを目指す。

【サービス内容】

(1) 送迎

移動・乗降時の転倒事故や、運転中の車輛事故等を防ぎ、事業所と自宅間の移動を安全に行なうことを目的に、全ての職員が業務マニュアルに沿った介助と交通法規を遵守した運転に努める。

なお、送迎の経路・順序等については、利用者の心身状況や、本人・家族の要望等に配慮した上で、効率的に行なうため随時検討する。小樽という地域柄、送迎が困難な場所も想定されるが、利用者・送迎者も安全に行えるよう検討を行っていく。

（２）健康管理

利用者の健康状態の維持・改善のため、バイタルチェック（血圧、体温、脈拍）や観察（表情、食事・水分の摂取状況、排泄状況、皮膚状態等）、体重測定（月１回、必要に応じてそれ以上）を実施するとともに、家族との情報交換を行ない、看護職員を中心とし個々の健康状態を把握し、異常・変化の早期発見に努める。体調急変等には、マニュアルに沿って速やかに家族や主治医等へ連絡し、適切な対応を行なう。

また、バイタルチェックや観察等の情報は必要に応じて、居宅介護支援事業所・地域包括支援センター、医療機関等へ提供する。

なお、デイサービス利用中における感染症の発生・まん延を防止するため、マニュアルに基づいた対応を徹底する。

（３）入浴

利用者が安全に身体の清潔を保持できる機会を提供するために、個別の心身状況に応じた入浴形態（一般浴槽、特殊浴槽）を選択し、業務マニュアルに沿った介助を実施する。また、健康状態等に合わせて、シャワー浴や清拭等の対応も行なう。

さらに、入浴による満足感を得られるように、浴室・脱衣室の環境整備に努め、入浴時間などの希望にも可能な限り柔軟に対応するように努める。

（４）排泄

介助が必要な利用者に対し、排泄サイクルを把握、家族との情報を共有することで、可能な限りトイレでの排泄が行えるよう支援する。

また、排泄ケアの際には、プライバシーを尊重した関わりを行なうとともに、トイレ内の快適で清潔な環境づくりに努める。

利用日の排泄状況を把握し、在宅での排泄介助や失禁が減少し、家族の介護負担が軽減するよう支援する。

（５）食事・口腔ケア

レストランと同じものを提供することにより、色彩豊かで満足感を得て食事を食べることが出来るよう努める。

バランスの良い食事が安全に摂取できるよう食事委託業者と連携をとり、身体状況や嗜好に応じた食事を適時適温の配膳により提供する。また、随時利用者の嗜好調査等を実施し、季節感のある物や飽きの来ない献立・行事食等に反映させる。

また、１ヶ月のうち隔週で食事を楽しめるよう（前半は食事が豪華、後半はおやつが豪華など）何らかのアクセントを付けていけるよう、レストランとも給食会議で随時協議していく。なお、自力摂取が困難な利用者には、誤嚥、窒息などの事故に十分に配慮し、通所介護計画介護を作成し、摂取状況を記録に残す。

利用者の口腔内の状態を適切に保てるよう、食後の口腔ケア等を実施し、必要時利用者・家族・ケアマネジャーに歯科受診等伝えていく。

（６）機能訓練

日常生活の中でリハビリテーションが行えるよう、生活場面に即した機能訓練を行い、介護予防、生活機能が維持・向上出来るよう支援する。

IADL（手段的日常生活動作）を支援プランに積極的に取り入れ、住環境・社会資源を有効に活用し、家や地域での役割を維持・回復できるよう支援する。利用者の身体状況の維持・向上を目的に、原則として全ての利用者について個別機能訓練計画を作成し、計画に沿っ

た機能訓練を実施する。

利用者の身体状況により、制限があるリハビリテーション、身体への負荷のかけ方も変わるため、適宜、ケアマネジャー・医師・リハビリ専門職との連携に努め、身体への負担を軽減しながら機能の改善・予防に努める。

個別機能訓練計画の作成にあたっては、個々の利用者の心身状態や生活状況に応じた具体的な目標を設定し、個別活動（歩行・起立訓練、嚥下訓練、拘縮予防訓練、ホットパック）や小グループ活動（握力維持向上訓練、下肢筋力維持向上訓練、関節可動域訓練等）を組み合わせ合わせた適切なプログラムを作成する。また、3か月毎に計画の評価を行い、必要に応じて計画の見直しを行なうものとする。

（7）アクティビティサービス

アクティビティ活動としては、レジンアクセサリーやビーズなどに加え、刺し子、ハーバリウム、さをり織りなど、個別のニーズに対応し、様々な手しごとに取り組んでいることにより、利用者が選択出来る幅が広がった。それらに加え、染め物や期間限定の物を継続し、更に利用者が興味を持てる手しごとを提供していく。男性利用者が関心を持てるようなアクティビティの提供が少ない為、今年は男性利用者のアクティビティ強化や個別のニーズを引き出す支援に取り組んでいく。

暖かい時期はサンモール商店街内を散歩や買い物など開放感が得られるような行事を行い、寿司屋通りから堺町通り、小樽運河等、普段通りはするが実際に歩いた事がないような場所を再度楽しんでもらうなど、小樽の楽しさを感じられるよう企画していく。

世代間交流は、例年交流のある小・中学生と利用者が自然に触れ合える場面作りを計画していく。また、はるカフェ（こども食堂+認知症カフェ）としての役割を活かし、地域との繋がりや世代間交流を図っていく。

また、デイサービスの利用が楽しみとなるよう、別表①『アクティビティ活動計画』の通り、個別活動や小グループの活動、全体でのレクリエーションを提供する。また、別表②『年間行事計画』に沿って各月毎に、季節感を感じられる催し物（地域の祭りに参加する、季節に合わせた料理・おやつ提供など）や外出の機会を提供する。

外部ボランティアでも、前年度は新しい外部ボランティアとの繋がりが出来ており、今年度も継続して要請していくが、市内にはまだまだ外部ボランティアがある為、新たな外部ボランティアの参入を検討していく。そこで地域への繋がりを広げていく。

別表①『アクティビティ活動計画』

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	集団体操、コグニサイズ 創作活動（さをり織り、手芸・塗り絵・書道・折り紙 レジンアクセサリー、プラ板アクセサリー、エコクラフト、 オープン陶芸、園芸、DIY、切り紙等） ゲーム（オセロ、将棋、麻雀、囲碁等） 脳トレーニング（計算、間違い探し、漢字書き取り等）				

午後	小集団でのレクリエーションや趣味活動、お料理クラブ 歌の会、カラオケ、社会参加、上記趣味活動の継続等
----	---

別表②『年間行事予定』

月	行事名	行事内容
4月	外部交流	外部ボランティア
5月	花見ドライブ	桜花見
6月	外出行事	買い物、お祭り参加、外出ドライブ
7月	外出行事	お祭り参加
8月	地域交流	お祭り（納涼祭等）
9月	外出行事	外出ドライブ
10月	外出行事	紅葉ドライブ
11月	文化祭・運動会	展示会向け作品作り
12月	クリスマス会	ビンゴ大会、鍋の提供
1月	新年会	余興、お茶会等
2月	節分会	豆まき、鍋の提供、雪あかりの路
3月	ひな祭り	外部ボランティア、

2 居宅介護支援事業

【基本方針】

1. 地域の中でのケアマネジメントの展開

居宅介護支援事業所は、利用者が住み慣れた地域でできる限り生活していけるよう自立を念頭に支援していくことが事業の柱となる。利用者の家族関係や近隣のつながり、地域の実情を踏まえた上で、介護サービス事業者・関係機関と連携を図り、適切なケアマネジメントの展開・利用者の生活支援が行えるよう業務に取り組んでいく。

また、引き続き地域包括ケアシステム構築という視点と、法人の理念であるコミュニケイケアの実践の場として、「地域における公益的な活動」も認識しサンモール商店街を含む稲穂地区周辺を中心とした地域のニーズに目を向けていきたい。共生カフェである暖カフェ・さをり織り・サンモール商店街・小樽市内のイベント（雪あかりの路など）を通して法人の存在を身近に幅広く認識して頂き、いつでも気軽に相談できる体制を確保していく。引き続き、事業所として地域の活性化について具体的に何ができるのか考える時間を作っていく。

2. 専門職としての実践力の向上

適切なケアマネジメントの展開を行えるよう、専門職としての知識・技術の向上に励み、各自専門職の自己実現に結びつけていけるよう、年度の個人目標を設定し実現できるよう努める。事業所の研修計画に基づいた外部研修・施設内研修・学習会・介護支援専門員研修・主任介護支援専門員研修・包括支援センターにおける研修会等への参加を継続していく。外部研修に積極的に参加することで、新たな情報を収集・実践し事業所全体のスキルアップに努めていく。法人内、市内や市外の他事業所との情報共有に努め、業務の効率化を図ることで幅広い場面で専門職としての能力を発揮していく。

引き続き、利用者やその家族、事業所、病院からの信頼関係構築に努めるとともに契約数や給付数の確保に努めていく。

特定事業所加算Ⅱの算定に伴い、定められた業務を確実に行うこと、介護支援専門員の実習受け入れ体制の確保、包括支援センターとの連携も重視し「困難ケースへの支援」への対応も行えるよう、各職員の実践力の向上と事業所内の体制づくりも目標とする。

3. 職員自身の心身の健康

職員自身の心身の健康第一を考えメンタルヘルスケアも重要となってくる。セルフケアによりコンディションを整えていくと共に、職員同士が仲間として相手のコンディションを理解し助け合える関係性を構築し、横のラインによるケアも並行する。日々のミーティングの場においても、利用者支援に直接関することのみならず、各職員のコンディションをお互いに配慮し、サポート的な対応が行えるよう心がけていく。自分のことより他の職員のことを考えられる余裕を持ち、またそれを意識していく。

利用者は介護支援専門員と契約しているわけではなく事業所と契約しているという観点から、情報共有・協力体制を強化し担当不在時も契約利用者に不利益のないよう対応していく。

【事業内容】

<アセスメント(課題分析)と居宅サービス計画作成>

課題分析の際には、利用者の現在の生活状況とともに、これまで歩んできた人生の経過をできるだけ詳細に聞き取っていく視点を大切に、環境との関係性や人生の経過の中での現在の位置づけ・意味など多面的にアセスメントできるよう心がけていく。

居宅サービス計画作成においては、介護保険サービスのみならず、セルフケアや家族介護状況・地域・インフォーマルのつながりなども踏まえ作成していく。担当介護支援専門員自らもケアプランに位置づけることで役割を明確化する。

<ケアマネジメントの機能>

利用者にとって最善のケアが行えるように、各サービス事業所・家族・地域を含めたチームで関わる視点・チームアプローチを認識し、コーディネーターとしてケアマネジメントの機能を果たしていく。

<事業所内ミーティング>

事業所内で利用者支援状況や法人内事務連絡、事業所情報共有を目的に毎朝10分程度のミーティングを実施する。また、週に1回1時間半程度の定例会議を開催し、より細部にわたる利用者支援状況の共有や医療・保健・ケアマネジメントについての学習会、事例検討会を行うことで職員相互の支援体制と情報共有の強化を図れるようピアスーパービジョンを意図したミーティングとしていく。

また、円滑な事業所運営を目指し、介護支援専門員間の意見交換や方針決定、外部研修伝達の間として、臨時の定例会議も別途開催していく。

<事例検討会、研修と伝達研修>

特定事業所加算の算定要件に追加された包括支援センター主催の事例検討会の参加の他、外部の研修に積極的に参加する機会を作り事業所内で伝達し事業所全体及び個々のスキルアップを目指す。定期的に行われる法人内の介護支援専門員研修の参加にも努めていく。また、他法人との共同の事例検討会・研究会等の参加についても、お互いの状況を理解し切磋琢磨できる事業所と実施する計画を立てる。

<利用者契約数>

よりよいケアマネジメントのためにも、35件程度の給付件数を意識する。必要がありながらもサービスを利用できていない方について、担当利用者・近隣住民やカフェに来店される方からの情報把握に努めていく。包括支援センター、医療機関との連携により当事業所の現状をお伝えしていく。

<医療機関との連携>

担当する利用者に不利益がないよう、入院時は早急に医療機関にフェースシートなど必要な情報を提供し、退院時は可能な限りカンファレンス等に参加し在宅生活に戻るために必要な情報収集に努める。入退院時の加算を算定するためにも医療機関との連携にも努める。

3 ホームヘルプサービス事業

【基本方針】

訪問介護事業所は、介護保険という制約の中で利用者の持てる力や意欲を最大限に引き出し、その上で利用者の人権を尊重し健康で住み慣れた地域で安心した生活が継続できるよう希望や意見を確認しながら取り組む。また、利用者のいつもの習慣を尊重し、その人らしさを大切にすることを意識する。自らの生き方を構築できるよう小さなことでも他種職で連携を図り多面的な視点からアプローチしていく。

また、地域包括ケアシステムを構築することを通じて、一人の利用者に質の良いケアを提供するためには、その人に関わる関係者全てが同じ目標に向かい連携をとり、専門性をいかしたケアを行っていく。介護・医療・生活支援を充実させ地域住民の生活を総合的に支援する取り組みを考える。

ホームヘルプサービスは「生活」を基本とした視点を持ち専門性の高い重要な社会サービスとして確立できるよう推進する。

【事業内容】

(1) サービスの提供

・訪問介護サービス

介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画に添いヘルパー独自のアセスメントを行う。法令遵守をベースに必要な応じて利用者のニーズを汲んだ解決を図り、利用者の的確な支援に繋げる。自立支援を目指した訪問介護計画書を作成、交付し同意を得たうえでサービスの提供をする。

利用者と家族の状況を把握し専門的な視点で客観的に観察し、課題と必要性の根拠を明らか

にしてサービスを導入する必要性を考える。

・訪問介護相当サービス

要支援の認定を受けた利用者が対象となり、地域包括支援センターとの連携により訪問介護相当サービス計画に沿いサービスを提供する。

利用者自身の残存機能、その有する能力に応じた自立した生活を送ることが出来るよう支援する。

(2) サービスの質の向上

ホームヘルプサービスに必要な技術と知識の向上を図るための課題を取り上げ、必要な専門知識や技術を学ぶ研修を行う。

対人援助技術、コミュニケーションスキルの向上をめざし事業所においても自助努力を図る。

指導的立場にある管理者やサービス提供責任者を対象とし、より専門的な知識や業務管理に必要なスキルの習得をする研修を行う。

管理者やサービス提供責任者は教育・育成につながることで出来るスーパーバイザー的な役割を担う感性と専門性を習得する。

よりよい介護を目指すためにも建設的な意見を出しあえるチーム作りを図る。

(3) 職場におけるメンタルヘルスケア

ヘルパーのサービス内容は、精神疲労の蓄積が身体に影響を及ぼすことが多く、悩みを周囲に相談できず抱え込んでしまうこともある。そういう悩みに対しても丁寧に向き合い、健康管理・及び個人情報保護にも充分配慮する。ヘルパーが安心して相談できる環境を整え、メンタルヘルスケアやストレスマネジメントを行う。チームワークの円滑化を図り、離職をも防止する。

(4) 認知症・精神疾患の理解と支援

住み慣れた地域で自分らしい生活が継続できるよう、認知症に関する専門知識を習得し、ノーマライゼーション、プライバシーの尊重、全人的対応に沿い、受容・共感的なかわりを基に、利用者の人格を尊重した支援をする。また、精神・知的障害の理解を深めるだけではなく、利用者の日々の生活パターンを尊重しサービスを提供する。認知症や精神疾患を呈している、あるがままの個人を冷静に受止めサービスを提供する。利用者が常に社会の一員として社会参加できるよう地域連携を図り支援する。

(5) 保険外契約

介護保険制度上、対応できないサービスに関して（要支援者の病院受診等）利用者・家族からの依頼を受けた場合は、新たに私的の契約を交わし対応する。

はっさむ部門

I 職員会議

職員会議日程（全施設）

区 分		開 催 日 時	参 加 者	人数
定 例 会 議	朝礼	毎朝 8時30分～ 約5分間	施設長、介護職、看護職、ソーシャルワーカー、機能訓練指導員、栄養士、事務員他	参加可能職員 全員
	運営定例会議	毎月第3木曜日 18時～	施設長、事務局長、課長、係長、主任、主任補佐、他関係職員	関係者
	職員全体会	適宜	施設長以下全職員	参加可能職員 全員
	給食会議	毎月第1火曜日 13時30分～	施設長、栄養士、他関係職員 (委託先) 担当部長、調理チーフ他	関係者

職員会議日程（特別養護老人ホームはっさむはる）

区 分		開 催 日 時	参 加 者	人数
定 例 会 議	ユニットマネジメント会議	毎月第4木曜日 17時00分～	施設長、介護係長、介護主任、介護主任補佐、ユニットリーダー、ソーシャルワーカー 看護主任 栄養士、機能訓練指導員 他関係職員	関係者
	リーダー会議	毎月第4水曜日 18時00分～	介護係長、介護主任、介護主任補佐、ユニットリーダー	関係者
	リスク①会議	毎月第1木曜日 16時30分～	施設長、介護職、看護職、ソーシャルワーカー、機能訓練指導員、栄養士	関係者
	リスク②会議	毎月第2木曜日 17時00分～	施設長、介護職、看護職、ソーシャルワーカー	関係者
	職員資質向上会議	毎月第2金曜日 16時30分～	介護職、ケアマネージャー	関係者
	倫理会議	第3火曜日 6・9・12・3 年4回開催 17時00分～	ソーシャルワーカー、ケアマネージャー、介護職、看護職	関係者
	認知症カフェ会議	毎月第1水曜日 17時30分～	介護職、看護職、ソーシャルワーカー、ケアマネージャー	関係者
臨 時	入居判定会議	適宜(最低年4回)	施設長、介護職、看護職、ソーシャルワーカー、ケアマネージャー、第三者委員	関係者
	ユニットケアカンファレンス	適宜 ユニット毎に日程調整し 実施	施設長、介護職、看護職、ソーシャルワーカー、ケアマネージャー、機能訓練指導員、栄養士、嘱託医	関係者

職員会議日程（デイサービスセンターはっさむはる）

区分	開催日時	参加者	人数	
定例	朝・夕ミーティング	毎朝 8時30分～ 8時35分 毎夕 17時00分～17時15分	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー	関係者
	ケアカンファレンス	毎月第2第3水曜日	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー、ケアマネージャー	関係者
	デイサービス会議	毎月第1水曜日	介護職、看護職、ソーシャルワーカー	関係者
臨時	デイサービス合同会議	随時	管理者、介護職、ソーシャルワーカー、事務職	関係者

職員会議日程（居宅介護支援事業所はっさむはる）

区分	開催日時	参加者	人数	
定例会議	朝・夕ミーティング	毎朝 8時40分～ 9時 毎夕17時～17時30分	管理者、ケアマネージャー	関係者
	会議	毎週水曜日 12時～13時	管理者、ケアマネージャー	関係者

職員会議日程（デイサービスセンターはる北17条）

区分	開催日時	参加者	人数	
定例会議	朝・夕ミーティング	毎朝 8時30分～ 8時35分 毎夕 17時00分～17時30分	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー	関係者
	ケアカンファレンス	随時	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー	関係者
	行事会議	毎月1回	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー	関係者
臨時	新規利用判定会議	必要時	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー	関係者
	デイサービス合同会議	年2回程度	管理者、介護職、ソーシャルワーカー、事務職	関係者

職員会議日程（指定居宅介護支援事業所はる清田）

区分	開催日時	参加者	人数	
定例会議	朝・夕ミーティング	毎朝 8時30分～8時45分 毎夕17時00分～17時30分	管理者、ケアマネージャー、デイ管理者	関係者
	会議	毎週水曜日 13時～14時	管理者、ケアマネージャー	関係者

職員会議日程（デイサービスセンターはる清田）

区 分		開 催 日 時	参 加 者	人数
定 例 会 議	朝・夕ミーティング	毎朝 8時30分～ 8時35分 毎夕 17時10分～17時30分	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー	関係者
	行事会議	毎月1回	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー	関係者
	デイサービス会議	毎月1回	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー	関係者
臨 時	新規利用判定会議	必要時	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー	関係者
	ケアカンファレンス	更新時	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー	関係者
	デイサービス合同会議	年2回程度	管理者、介護職、ソーシャルワーカー、事務職	関係者

職員会議日程（札幌市西区第3地域包括支援センター）

区 分		開 催 日 時	参 加 者	人数
定 例	ミーティング	毎朝 8時30分～ 9時	センター長、主任ケアマネジャー、社会福祉士、保健師、ケアマネジャー、事務職員	関係者
定 例	センター内会議	第1・3水曜日 16時～17時	センター長、主任ケアマネジャー、社会福祉士、保健師、ケアマネジャー、事務職員	関係者

II 事業別事業計画

1 介護老人福祉施設

(1) 生活相談支援部門

利用者の立場から、介護保険制度、障害者自立支援制度、それらの付带的各種制度の活用を図り、利用者・家族の安心できる生活環境づくりに努める。また、施設内外の研修受講のほか、ソーシャルワークの実践を通じ知識と技術の習得に努め、各種の研究に取り組む。

入所対象者の基準が要介護3以上とされる中、公平な判断又は緊急事例の対応等円滑に入居準備・支援ができるよう努力していくとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域や他関係機関・団体等との連携を一層強化し、高齢者サービスの拠点としての役割を果たせるよう努力していく。開かれた施設運営を常に心がけ、相談を受けるのではなく地域の行事やサロン等にも参加し、積極的にアウトリーチを実践していく。

① 入居者の安心で快適な生活への援助

- ・ 利用者の立場に寄り添い、他職種との連携のもと利用者主体の施設生活の確立という視点で日々の相談業務を行っていく。
- ・ 利用契約においては、説明と同意のプロセスを重視し、利用者及び家族が不安を抱えることなく安心して施設生活を送れるよう努力する。
- ・ 利用者の権利擁護という観点から、必要により成年後見制度等の活用を図る。
- ・ 利用者の家庭環境に配慮し家族の支援も行いながらも、家族も支援のチームの一員となり、ご本人を継続して支援していけるように信頼関係を築いていく。その為には、日々変化する状態を報告し情報を共有しながら、また面会に来て喜んで頂けるように環境作りに配慮したり、行事やレクリエーション等にも一緒に参加して頂けるように支援していく。
- ・ 利用者のこれまでの生活や地域社会とのつながりの継続性を図るため、入居時における適切な情報収集に努めるとともに、外出の機会の拡大や近隣保育、小・中学校との交流等により、生活環境が閉ざされたものとならないように配慮する。
- ・ 利用者の QOL 向上とより良い支援を提供する為、常に支援の在り方を振り返る機会を持ちながら、専門職としての倫理観を磨いていけるように努める。

② 適切な入所相談ならびに入所判定会議の開催

- ・ 入居相談に際しては、『札幌市指定介護老人福祉施設等入所指針』に基づき、入居希望者の心身や生活環境を的確に把握し、適切で公平かつ迅速な判断及び対応に努める。
また、入居申し込み待機者の状況を正確に把握する為、待機者に対して待機を継続するか否かの追跡調査など、把握方法についてより効果的な方法を検討していく。
- ・ 入居申し込みの継続希望の実態把握後、再度適切な判定会議を開催する。
- ・ 退所者が出た際に待機されている方をスムーズに受け入れ出来るように事前に情報共有したり、ご家族等と事前準備を進めていく。

③ コミュニティワークの展開

- ・ ボランティア活動を活性化させるために、施設独自のボランティアグループの拡大努力は勿論、地域包括ケアシステムの構築を見据え、町内会や包括支援センター等と連携し、気軽なボランティア活動ができる場及び支え合える場として、地域住民とともに活動内容及び方法を追求する。（オレンジリングを取得した方の活動の場

を展開する)

- ・高齢者福祉はもちろんのこと、全般的な社会福祉の向上という視点を持ち、関係諸機関との連携のもと日々の業務を行っていく。
- ・月1回開催している入居者主体の『婦人部』活動の充実を図ると共に、活動の場を施設内・外に広げ、地域の町内会と共同の活動ができることを目指す。
- ・実習生の受け入れ積極的に行い、未来のソーシャルワーカーの社会的育成、教育という社会的責任を十分考慮する。

④ 自己評価の導入により施設の在り方を検討し、見直しに努める。

- ・自己評価は、事業所が提供するサービスの課題を見つけ、職員の気づきを促し、サービスの改善を継続的に行うこと、評価結果を公表することにより、利用者のサービス選択の支援につなげることを目的としている。全体的なサービスの質を向上させることで、利用者・家族から今後も選んでいただける施設づくりを目指していく。表面化していない苦情・要望を掘り起こすことで、新たな改善点に繋がる可能性を期待し、ご家族の声に耳を傾ける機会とする。また、意見や要望については、その内容を関係職員が共有し、改善を図るなど迅速に対応するとともに、対応結果を入居者・家族にフィードバックして理解を得るよう努力する。

各部門別重点目標

(2) 介護・看護部門

スタッフ一人ひとりが職務に対する責任と主体性を持ち、専門性を発揮しながらチームアプローチのもと、人が持ち合わせている自然の身体機能が高まり、残存機能の生かしたケアを行う事により、機能維持・向上につながり、より良く生きるための生活を支える視点を強化する。機能低下が著しい方は、入居した時から常に、ご本人、ご家族が望む最善のQOLを実現できる体制作り、最期までご本人らしくある環境を整えます。

1、 介護部門

- ①入居者の生活を支えるため、自立支援介護の実践と丁寧な対応を心がけ、入居者及びご家族と信頼関係が形成できるように努める。
- ②自己決定によりその人らしい生活を送れるようアセスメント能力を高め、生活する上でのリスクマネジメントの視点を忘れず一連のケアマネジメントを通して根拠あるケアの提供に努める。
- ③ケアワーカーの質向上のため施設内研修会を定期開催し、専門職として知識と実践を結びつけ、ケアワーカー全員が知識と技術を習得できる機会を確保する。
- ④各委員会は、現状把握、今後の課題と予測を検討し、日々のケアを活かせるように情報発信し全職員に周知徹底していく。

委員会活動目標

I 職員資質向上委員会

- ①ケアワーカーの質の向上を目標に、知識、技術や社会人としてのコンプライアンスや接遇についての理解を深めるための研修会を計画的に企画し開催する。
- ②ユニットで抱えている課題等を共有し委員会という別の視点から解決方法や考え方を検

討し、ケアの方向性を見出す。

③自立支援については方法論として水分の重要性を理解し、生活リハビリ、歩行などの運動や自然排便を促すためトイレ誘導などの工夫による取り組みを継続する。

④介護キャリア段位制度の知識を元に、人材育成方法を確立し、職員の採用と定着を図る。経験年数に関わらず、介護職として必要な知識や技術を習得できる体制作りを行う。

II レジデント生活向上委員会

余暇活動は、季節の行事など生活に彩りを加えることが出来るような企画を立案し、様々な介護度に合わせたレクリエーションや小活動を模索する。

III 業務改善委員会

「ほのぼの」を使用した情報共有の強化を行い、多職種との連携やご家族への伝達をスムーズに行えるように改善を行っていく。

入居者にかかわる事業費コストについて検討し、より良いケアの提供と同時に経費削減の意識を持ち合わせ事ができるように各ユニットへ発信していく。

IV リスクマネジメント①②委員会

①感染、褥瘡、栄養サポート、事故防止、身体拘束防止、虐待防止の知識を繋ぎ合わせ、研修や実践を積み重ね予防に努める。

②職員の意識向上を高める為、ポスター等で注意喚起を行い身体拘束・虐待“0”の継続に努める。

③事故発生時には原因の分析を行い再発防止に努める。

④ブレデンスケールを活用し、ハイリスク者の分析と対策を発信していく。

V 倫理委員会

日々の支援・ケアが専門的価値・倫理観に基づいて実施されているのかを振り返る機会とし、更なる資質向上に繋げていけるように、事業所を超えて意見交換・連携していく。

2、 看護部門

(入居者の健康管理)

- ・入居者の健康状態を把握し、異常の早期発見に努める。
- ・嘱託医並びに地域の医療機関と連携し、入居者の健康管理並びに、受診及び入院が適時、適正に行われるよう調整する。
- ・処方されている薬が確実に投与出来るよう薬剤の管理を行う
- ・感染予防に努め、発症した場合には、速やかに適正な措置を行い、感染拡大を防止する。

(穏やかな日常生活を送ることが出来る為の努力)

- ・入居者が最期までその人らしく穏やかに過ごすことが出来るよう御本人並びに御家族の意向を都度、確認し、多職種と協力し、最善の対応に努める。

(施設全体の質の向上に向けた業務改善)

- ・正確且つ、円滑に業務が遂行できるよう常に、業務内容及び業務分担の見直しを行う。
- ・入居者の生活について、入居者に関わる全ての人と、協力し合えるよう、より良い人間関係を構築する為の努力をする。
- ・専門職として、入居者の健康状態を的確に把握し適切な対応が出来るよう、施設内外の研修に参加し、知識と技術の向上に努める。

3、 機能訓練・各種療法部門

- ・個々の利用者に対する機能訓練の必要性及び内容を明確にした「個別機能訓練計画書」を作成し、利用者または家族にわかりやすく説明する。
- ・残存機能を維持するため多職種と協働し、日常生活場面で機能を活かせるように努める。
- ・レクリエーションや日々の活動を通して入居者が他者と交流を持てる機会を提供する。活動の様子をご家族にも知っていただけるように心がけ、入居者、ご家族ともに安心感や充足感を持っていただけるよう努める。
- ・施設内外の研修会などに参加し技術の習得に努める。

(3) 給食部門（はっさむはる）

- ・利用者の身体状況に応じた食事が提供出来るよう日本人の食事摂取基準に基づいた、メニューの立案・提供をする。
- ・メニュー立案時には季節感を感じられるよう旬の食材を取り入れ、栄養価はもちろん視覚や嗅覚にもアプローチ出来る献立作成を心掛ける。
- ・利用者に出来たての食事や雰囲気を楽しんで貰えるよう、ユニットやフロア内で実演調理を定期的に継続し、セレクトおやつ等の新たな試みを計画・実施していく。
- ・安全で安心な食事が出来るよう給食委託業者と連携し、味や盛り付けにこだわった食事の提供、誤配膳・異物混入等事故が無いように努める。
- ・ノロウイルスや食中毒等の事故を予防し、利用者が安心して快適な食生活を送ることが出来るよう食品衛生管理に努める。
- ・経口摂取が困難になってきても自分の口から食べる楽しみを支援し、「最期まで口から食べること」ができる様、多職種で協同した取り組みを行っていく。
- ・「栄養ケアマネジメント」において、利用者の栄養状態等に関するアセスメントを基に、栄養ケア計画を多職種で作成し、利用者・家族への説明・同意・交付のプロセスを実施する。

【ケアの基本方針】

(1) 入居者本位のケアの確立（常に最善のサービスであるように、自らが相手の立場にたってケアすること）

入居者及びご家族のケアに対する意向を十分に配慮し、安全・安心・快適な生活を保障できるようにスタッフ一人一人が知識と技術の習得に励み、その専門性を高める。

(2) チームアプローチ

アセスメント・ケアプラン作成・及び実践・評価において多職種がそれぞれの専門性を活かし入居者の多様なニーズに答え、より質の高いケアを展開出来るよう連携を深めていく。

(3) 生活支援

入居者のプライバシーに配慮したユニット形式で、全室個室という環境を提供し自己選択を基本に丁寧なケアを心がけ、季節を感じ楽しめる潤いのある生活空間の創出できるように努め、生活リハビリの視点を維持する。

(4) 認知症のケアの確立

認知症に関する専門知識を習得し、受容・共感的な関わりをベースに入居者が穏やかに生活できるよう支援する。

(5) ターミナルケア

入居者が予後不良と診断され、症状が生活施設の中で看取ることの出来る範囲であり入居者及びご家族が施設での看取りを希望された場合、その人らしい最期が迎えられるよう支援する。

(6) 自己啓発

常に知識と技術の研鑽に努めてケアの質の向上を図り、また実践に基づいた理論の確立によりケアの充実に貢献していく。

【ケアの展開方法】

(1) ケアプランの作成・評価

- ①ケアプランの作成においては入居者及びご家族の意思を十分に伺い、より具体的な目標を設定する。
- ②自立支援の視点を持ったアセスメントを行いチームアプローチの機能を十分に活かしケアプラン原案を作成する。
- ③アセスメント過程では生活歴を十分に考慮し、ケアプラン原案を入居者及びご家族と多職種が参加するサービス担当者会議において検討する。
- ④すべてのプロセスは、入居者及びご家族に公開され同意、署名を得て交付する。
- ⑤サービス担当者会議は入居者及びご家族と6カ月ごとに開催し、モニタリングは3カ月ごとに定期的実施する。
- ⑥事故発生時、入退院時など状況変化がある時は即時モニタリングとアセスメント、修正プランを作成し常にニーズに適したケアを提供する。

(2) 自立支援を視野に入れた介護

- ①入居者の個別ケアを重視し、今ある能力を引き出すための水分摂取、自然排泄、運動についてのプログラムを実施する。
- ②特に加算対象（経口維持加算Ⅰ、Ⅱ、個別機能訓練加算、認知症専門ケア加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算）となる研修、会議については計画的に取り組み実施する。
- ③嘱託医や歯科医との連携のもと、口腔環境の改善、維持を目指し安全に食する楽しみ喜びに繋がるように努める。又、ミールラウンドを行い、個別に合わせた食事形態が提供できる対応を継続する。
- ④個別にADL維持・向上、低下予防を念頭におき、日常リハビリと共に運動器具を使用したプログラム、歩行等の専門的介護を展開する。
- ⑤認知症ケアについては、認知症実践者研修、認知症リーダー研修などの専門研修に参加し、正しい知識とユニットケアにより精神的に穏やかな生活が送れるように環境を整え症状の改善・安定を試みる。
- ④歯科医、歯科衛生士と連携し、最期まで形ある食事摂取が行える支援を行い、口腔衛生管理加算を取得する。

(3) ユニット担当制によるケアの実行

- ①ケアワーカーは馴染みの関係を築くためユニット専属配置とし、看護職員はユニット担当制とする。場面によってはフロア全体で協力体制をとり、入居者に不利益が出ないように努める。
- ②ケアワーカーは、入居者を日々観察し些細な変化も気付けるように、体調や行動などに変化があった時は、ユニット職員や多職種に報告し情報を共有する。
- ③ユニット毎に設えを検討し、より良いケアが提供できるように定期的に評価を行う。また、各ユニットはユニット費で年間の催し物を企画、立案する。
- ④入居者の生活全般について把握し、記録、ユニットノート、申し送り等のツールを利用し、

基本である報告・連絡・相談が行える体制を作り、安全かつ快適につなげる責任をもって配慮する。

⑤介護に携わる人としてのあり方、常に初心を持ち続け謙虚さを継続していける基盤を築く。

（４）ユニットリーダー制を活用し組織的な取り組み

- ①ユニットリーダーは、ユニット職員と適宜連絡をとり多職種との連携、調整を行いケアプランの展開、課題の把握を行う。
- ②ユニットリーダーはユニット・フロア全体の業務の課題を明確化させ速やかに報告、相談、検討を行って細やかなケアの展開を図る。
- ③新人・人材育成のため、チェックリストを活用し課題を共通認識し日々の中でスーパービジョンを展開しながら働きやすい環境作りを提案していく。

（５）家族ケア

- ①利用者の状況に関しては、家族が必要とする情報をいつでも提供できるようにし家族の不安、要望、相談に対し適宜速やかに対応する姿勢を持つ。
- ②定期的なサービス担当者会議や家族懇談会を開催し、加齢による身体機能の変化・認知症の理解・看取りケアなどの知識を得る機会をもち、入居時から老いのプロセスを理解し家族と共にあるケアを心がける。
- ③終末期を迎えた利用者の家族、あるいは亡くなられた利用者の遺族が感情を吐露又は振り返りができるように語れる機会を設ける（例：命日にあわせての訪問やお手紙・電話などでコンタクトをとる・施設行事にお誘いする）

（６）行事・レクリエーション・機能訓練の充実

- ①季節感が感じられる行事や、日常のレクリエーションプログラムの多様化により楽しみや刺激ある生活を提供し、社会感覚を豊かに維持するとともに地域との交流による生活の活性化を図る。
- ②地域で活動している団体等による催しの企画を積極的に受け入れ、適宜盛り込んでいく。
- ③機能訓練に関しては「個別機能訓練計画」を作成し、身体機能の維持・向上を目指す。
- ④望まれる方には、外部のリハビリテーション専門職等と連携し、機能維持、向上を目指し生活機能向上連携加算を取得する。

【年間行事計画】

月	内 容	具体的内容
4月	各ユニット	
5月	外出レク	施設全体で企画する。
6月	外出レク	施設全体で企画する。
7月	夏祭り	施設全体で企画する。
8月	外出レク	施設全体で企画する。
9月	敬老の日 収穫祭 外出レク 花火鑑賞会	施設全体で企画する。
10月	収穫祭 花火鑑賞会	施設全体で企画する。

11月	各ユニット		
12月	クリスマス 餅つき		施設全体で企画する。
1月	各ユニット		
2月	節分		施設全体で企画する。
3月	ひなまつり		施設全体で企画する。

※誕生会は誕生日に合わせて個別に企画する。 ※毎月 婦人部「鶴の会」を開催する。

※不定期 紳士部「亀の部」を開催する。

※入居者の要望や、スタッフの発想による催し物・外部からの催し物等、適宜盛り込んでいく。

(7) 預かり金品の管理

利用者の希望に応じて金品を預かる場合は、毎月の厳正な残高等の管理のもとに、収支状況を家族等に毎月通知するほか、随時要望に応じ、収支状況の公開に必要な処理を速やかに行う。金庫の施錠と管理の徹底をし、随時適切な対応をとる。預り金を郵ちょ銀行口座で管理を徹底し、収支状況をインターネットや通帳記帳を小まめに行いながら不備が生じないように行う。

(8) 地域交流

①認知症カフェを主体に、地域の方々に介護、認知症、福祉といった内容の知識を伝える場を企画していき、地域とのつながりを深めていく。

②住民の方や学生が日常的に利用者と交流できるような場をコーディネートするとともに、利用者が外出等により地域の方と積極的に触れ合うことができる機会を設ける。

特に園児・小学校・中学校との交流を年間行事に盛り込み、交流を深める。

③引き続きボランティアの方の受け入れを積極的に働きかけ、日常的に第三者の方の客観的なご意見をいただき、地域交流のコーディネートを行っていく。

(9) ターミナルケア

入居時から1日1日大切に関わり、ニーズは常に変化していることを念頭におきながら後悔のないケアを提供できるように努める。その延長上の終末期には、入居者の状況を十分にアセスメントし、精神的・肉体的苦痛の緩和に配慮し本人及びその家族が望む悔いのない最期を実現出来るよう、死に至るプロセスを学習し、ご家族に丁寧な説明と理解を得ながら最期まで生を全うできるようにケアに取り組む。ターミナルケア後には振り返りを行い、次のケアへ活かしていく。

(10) 各職種の専門性を高める活動

各職能団体の活動並びに研修受講の他、講演会、研修等で事例発表の機会を持つ。

(11) 実習生受け入れ態勢の強化

各職種それぞれの専門性を高めることに寄与するため、養成校との連携を図りながら実習生に対する指導力の強化を図る。

(12) 地域の福祉力向上

介護養成機関へ出向し、学生に指導・教育を行い地域福祉力の向上につなげる。

2 ショートステイ事業

【基本方針】

(1) 自立支援のための介護サービス計画の作成

ケアマネジャーの作成する居宅介護サービス計画書に基づき、利用者・家族の意向を十分踏まえた上で、利用者が住み慣れた地域で自立した生活を継続できるよう、また家族介護の心身疲労の軽減を図るために適切な短期入所生活介護計画を作成し、専門的なケアを実施する。また、定期的なモニタリングを行い、居宅介護支援事業所・他サービス事業者との連携のもと正確な状況把握に努めていくものとする。

(2) 的確なアセスメントに基づく安全・安心なサービス提供

利用前の事前訪問等により、利用者の心身状況を的確に把握し、リスクマネジメントの徹底化をはかり、事故防止に努める。また、利用中も利用者の状態変化に応じて、ケアマネジャーとの連携のもと、適宜短期入所生活介護計画を見直し、適切なサービス提供を行う。

(3) 自己評価を実施し、サービス提供の在り方を検討し、サービス向上に努める。

- ・ 自己評価を実施し、ご家族・ご本人の求めているサービス提供の在り方の見直しを行い、「また来たい」と思ってもらえるショートステイを目指す。
- ・ 閉ざされた苦情・要望を掘り起こすことで、新たな改善点に繋がる可能性を期待し、利用者・ご家族の声に耳を傾ける機会とする。送迎時などに、家族との会話を多く持ち、最新の情報を収集し、職員間で共有する。

(4) 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所との連携によるサービス利用希望への迅速・適切な対応

サービス利用の相談受付に際しては、ケアマネジャーとの連携により、利用者の心身状況や家族状況をよく把握し、様々な利用ニーズに配慮した迅速かつ適切な対応または在宅生活の継続に役立つようなアドバイス・情報提供に努めることに加え、緊急性の高い虐待やネグレクトのケースに対する最大限の協力を努める。また、地域におけるセーフティネットの拠点として、各地域包括支援センターや他事業所との連携を密にし、地域課題にも積極的に取り組めるよう努める。

(5) 緊急時の利用希望への迅速・適切な対応

同居している介護者・ご家族の急な体調不良に伴う入院の場合や、病院等からの退院を迫られているにも関わらず、帰る自宅がない場合には一時的に受け入れをし、次の行き先が決定するまでご本人・ご家族が安心して過ごす事が出来るようにサービス提供を行う。上記の事を十分認識し、特養の空床ベッドを含め、出来るだけ迅速かつ円滑に利用者を受け入れられるように努める。

(6) 障害者自立支援法への対応

障害者自立支援法のもと、障害者福祉サービスの相談・提供を行う。

【事業内容】

(1) 基本的な生活介護

利用者の心身機能の維持を目的として、利用者及び家族の要望を踏まえ自宅との継続した生活を支援していくものとし、専門的な介護を提供する。

<食事> 食事形態、摂取方法、嗜好などについて利用者の希望をふまえ、できる限り家庭での状況に近づけた食事を提供する。

<入浴及び整容> 利用者の希望や身体状況に合わせて特殊浴槽と一般浴槽を使い分け、安全で快適な入浴サービスを提供する。また、入浴のニーズが高いことを踏まえ、柔軟な入浴対応を心掛け、場合によっては部分浴や清拭の対応などにより、利用者の清潔保持を図る。

<排泄> 自宅での排泄介護の状況も踏まえた上で、利用者の尊厳とプライバシーの保

護に十分配慮した快適で適切な排泄介護を行う。

<活動>身体機能の低下や認知症の予防のために、有する能力が発揮できる機会を設けながら、余暇活動・行事・日頃から日常生活の中で運動出来、楽しく生き生きした生活が送れるよう努めていく。

(2) 送迎サービス

家屋の立地状況や利用者の身体状況などに配慮して、安全な送迎方法を検討し、適切な介護技術による安全な送迎サービスを行うことに力をいれる。送迎時間の設定については、利用者及び家族の希望に配慮した対応をする。

(3) 機能訓練及びアクティビティサービス

利用者の心身状況をふまえ、短期入所生活介護計画にもとづいた適切な機能訓練を実施する。その他、レクリエーションや音楽の提供により、利用者の心身機能の維持、向上を目指す。

3 デイサービス（通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業）事業

【基本方針】

介護保険法の趣旨に基づき、利用者の心身機能の維持・向上や社会交流、在宅生活の支援、介護者の負担軽減等のニーズに応えられる通所介護（介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス含む、以下同じ）を目指し、サービスの質を向上させていくと同時に安心・安全なケアの提供を常に心掛ける。また、「ノマド福祉社会」のケア理念【ホスピスケアとコミュニティケアの実現】の基、地域に密着した通所介護を目指し、ボランティアにも気軽に来られるような地域に開かれた通所介護づくりに努めます。介護者の負担軽減、レスパイト機能もある通所介護の役割も活かし、地域高齢者の在宅生活を支えていく。

サービス提供時間は9：30～15：40（送迎時間は除く）で実施する。定員40名に対して、一日平均37名の利用を目標として、新規利用者や体験利用者の積極的な受け入れを行う。

心身を活性化させるようなレクリエーション・趣味活動（個別レク、集団レク）や、食事や入浴も楽しめるようにサービス内容の充実を図る。利用者に負担がなく身体機能、生活動作の改善・維持に繋がるような運動メニューを作成し、集団体操、個別機能訓練を実施する。

介護実習・生活相談員実習の受け入れについても、養成実習施設として、質の高い専門職を育成する使命のもと、積極的に行っていく。

介護報酬改定に伴い、サービス体系の変更を随時行っていきます。

(1) 個別性に応じたサービスの計画と実施

利用者の個別ニーズに応じた通所介護計画書（介護予防・札幌市総合事業通所型サービス計画含む、以下同じ）を作成し、利用者ごとの心身機能の向上等に効果が現れるように、計画に基づいたサービスの実施に努める。

通所介護計画の作成、サービスの提供にあたっては、居宅介護支援事業者・地域包括支援センターからの情報提供及びサービス担当者会議や、職員による事前訪問、体験利用等を通じて必要な情報を収集し、個々の利用者のニーズを把握する。また、日頃のケアしている場面からもニーズを引き出すように各職員が努めていく。

担当職員が、居宅サービス計画又は介護予防・日常生活支援総合事業サービス計画（以下、居宅サービス計画等）に沿って通所介護計画書又は札幌通所型サービス

計画書（以下、通所介護計画書）を作成するが、その援助目標やサービス内容、留意点等については、個々の心身状況や生活状況に応じた、個別かつ具体的で、利用者、ご家族にわかりやすい記載に努める。また、作成した通所介護計画書の内容については、利用者本人・家族に説明の上、同意を得て交付する。

さらに、通所介護計画書の内容に沿って統一されたケア、サービスが実施されるようにミーティングやカンファレンス等を通じて計画内容の情報共有に努め、また、担当職員を中心として、利用者・家族の意見も確認したうえで定期的な評価を行い、必要に応じて介護支援専門員等への情報提供や、計画の見直しを行うものとする。

(2) 介護方法の統一と、介護技術の向上

適切な介護の提供により、転倒や誤嚥等、サービス提供中の事故発生を防止できるように職員の介護技術の向上に努める。

サービスの提供は、事業所で作成している業務マニュアルに沿って行うものとし、その内容については、定期的に見直し、修正・加筆できる体制を整備する。また、日々の生活の中での利用者の気持ちを尊重し、個別性に合わせて介護方法等も検討し、ミーティングや介護技術講習会等を通じてその内容の周知徹底に努める。なお、ヒヤリハット・事故の発生時には、ミーティングで要因を検証し、再発防止策を検討したうえで、ヒヤリハット報告書・事故報告書を作成、同様の事故発生防止に努めるものとする。リスクマネジメント委員会によるリスクマネジメントの勉強会や施設全体での周知を図っていく。

また、施設内外の研修へ積極的に参加し、介護技術、認知症、ソーシャルワーク等の知識を学び、報告会や勉強会を行い、各職種の専門性を高め、最新の知識や技術に基づいたサービスが提供できるようにする。

(3) 利用者・家族・地域との信頼関係づくり

利用者、家族、地域住民からも信頼されるサービス事業所となるよう、利用者、家族と事業所との間で適切に情報共有を行う。連絡ノートや電話等の様々な手段により利用者や家族の意向を確認しサービス内容に反映させ、情報公開、発信、共有に努める。

また、利用者、家族、居宅介護支援事業所等に対してサービス内容についてのアンケートを必要時行い、サービス内容や方法についての検討、見直し等を行う。アンケート結果は利用者又は居宅介護支援事業所に配布し、意見要望についての返答や、今後の施設の方針について返答する。

また、デイサービスでのサービス内容等を周知し、事業運営についての理解を得るためデイサービスセンターはっさむ はる広報誌『はあとふる』を毎月、利用者、家族、関係機関等に向けて発行する。また、広報誌やクラブ活動の実施内容を随時ホームページに掲載し、地域住民がはっさむはるの活動内容について閲覧できるようにする。

居宅介護支援事業者等については、広報誌に加え、利用の空き状況等についても随時情報を提供していく。

さらに、利用に係る不安を解消し、スムーズな利用に繋げるため、サービス利用希望者に対する見学や体験利用についても継続して受け入れていく。地域のボランティアを招いての季節行事開催や、認知症カフェの開催などで地域との交流も図る。

【サービス内容】

(1) 送迎

事業所と自宅間の移動を安全に行うことを目的に、移動・乗降時の転倒事故や、運転中の車輛事故等を防ぎ、全ての職員が、業務マニュアルに沿った介助と交通法規を遵守した運転に努める。車への乗降、自宅までの移動、車中での様子確認など、送迎中の介助も安全に配慮して行う。また、送迎時の個別のニーズにも、ご家族の同意のもと柔軟に対応できるようにする。さらに、送迎時には、家族への情報提供や自宅での生活状況の確認を行い、情報の共有に努め、日々のケアに活かし、記録に残す。

なお、送迎の経路・順序等については、利用者の心身状況や、本人・家族の要望等に配慮した上で、効率的に行なうために随時検討する。送迎は運転表をもとに行い、希望に応じて事前に電話連絡を行ない、利用者に安心して利用していただけるようにする。

(2) 健康管理

利用者の健康状態の維持、改善のため、バイタルチェック（血圧、体温、脈拍）や観察（表情、食事・水分の摂取状況、排泄状況、皮膚状態等）、体重測定（月1回、必要に応じてそれ以上）等を実施する。利用者の体調が安定し、在宅生活が維持できるよう、家族との情報交換も行い、看護職員を中心として個々の健康状態を把握し、異常・変化の早期発見に努め、必要なアドバイスを行う。また、利用者や家族が在宅でも健康管理ができるよう、健康に関する相談や、情報発信を行う。

利用時の体調急変等の緊急時には、マニュアルに沿って、速やかに家族や主治医等へ連絡し、適切な対応を行う。

また、バイタルチェックや観察等の情報は、個人情報使用同意書の使用目的を遵守し、必要に応じて、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、医療機関等へ提供する。

なお、デイサービス利用中における感染症の発生、まん延を防止するため、感染予防マニュアルに基づいた対応を徹底する。

(3) 入浴

利用者が転倒などの不安なく、安全に身体の清潔を保持できる機会と、入浴の楽しさを提供する機会と捉え、個別の心身状況に応じた入浴形態（一般浴槽、特殊浴槽、個別浴槽）でサービスを実施する。また、個別の身体状態、希望に沿った介助とともに、自立を支える介助を行い、健康状態等に合わせて、シャワー浴や清拭、個別浴槽等の対応も行う。介助の際は同性、異性介助のご希望を伺い安心して入浴して頂けるよう努めていく。

業務マニュアルに基づき、浴室での事故のないように見守りを行い、さらに、浴室、脱衣室の環境整備に努め、入浴の時間などの希望にも可能な限り柔軟に対応する。

入浴時に使用するタオル（バスタオル、フェイスタオル）は1回50円の利用者自己負担とさせていただく。タオル（バスタオル、フェイスタオル）を持参された方は自己負担なしとする。

(4) アクティビティサービス

デイサービスの利用が楽しみとなり満足感や生きがいを得られ、心身機能の維持・向上が図られるように、ボランティア等の協力を得ながら、別表①『アクティビティ活動計画』の通り、集団機能訓練（握力維持向上訓練、下肢筋力維持向上訓練、関節可動域訓練等）、個別趣味活動、小グループの活動、集団でのレクリエーションを提供する。また、別表②『年間行事計画』に沿って季節感を感じられる催しや外出の機会を提供する。

(5) 個別機能訓練

個別機能訓練に関して、個別機能訓練加算Ⅱ（1回56単位）又は運動器機能向上加算（1月：225単位）を算定する。加算対象・要件を利用者・家族へ説明し、同意のもとで実施していくものとする。

利用者の生活機能の維持、向上を目指し、機能訓練指導員、生活相談員、介護職員ともに共同し話しあい、個別機能訓練計画書（又は運動器機能向上訓練計画書、以下同じ）を作成する。訓練計画に沿った機能訓練を機能訓練指導員が実施する。

個別機能訓練計画書の作成にあたっては、個々の利用者の心身状態や生活状況に応じた具体的な目標を設定し、個別機能訓練内容（歩行・起立訓練、段差昇降訓練、転倒予防訓練、拘縮予防訓練、エアロバイク・生活動作の改善・練習等）の適切なプログラムを作成する。利用者・家族と居宅介護支援事業所との間で適切に情報共有ができ、効果的かつ参加意欲が向上するものとなるよう、個別機能訓練を行っていく。

また、3ヶ月毎にご自宅にも訪問し評価を行い、必要に応じてミーティング等で随時計画を見直し行う。

(6) 排泄

利用者の身体状況に応じた介助、自立を支援する介助を行うとともに、プライバシーに配慮した関わりを行っていく。また、トイレ内の快適で清潔な環境づくりに努める。

(7) 食事・口腔ケア

バランスの良い食事が安全に摂取でき、食事についての楽しみが持てるように、管理栄養士や厨房委託業者と連携をとり、利用者の身体状況や嗜好に応じた食事を、適時適温の配膳により提供する。また、食事メニューに応じて、提供直前に材料を調理する、食器を工夫するなど、美味しく召し上がって頂くよう配慮する。季節に合わせたメニュー、行事用のメニューなども提供する。

なお、管理栄養士を中心として利用者へ嗜好調査等を実施し、日常の献立や行事食メニュー等に反映させる。嗜好調査に関しては、契約時・随時・アンケート等で確認していく。

食事の際、誤嚥・窒息などの事故に十分注意した上で、見守りを行い、自力摂取が困難な利用者には職員が介助を行う。

さらに、利用者の口腔内の状態を適切に保てるよう、個別の希望・体調にあわせて食後の口腔ケア（うがい、歯磨き、義歯洗浄）等を実施する。

別表①『令和2年度アクティビティ活動計画』

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団体操、口腔体操 ・ 自主運動（ホール内歩行、エアロバイク） ・ 軽作業（タオルたたみ、折込み作業等） ・ 脳トレーニング （計算問題、パズル、間違い探し、クロスワード・漢字書き取り等） 				
	<ul style="list-style-type: none"> ・ クラブ活動（紙創作クラブ さをり織り、折り紙、書道、カラオケ、ふまねっと レジン 麻雀） ※さをり織り、書道、レジン、紙創作クラブは費用徴収 ・ フラワーアレンジメント（不定期開催・月1回～2回程度）実費徴収 				
午後	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脳トレーニング （計算問題、パズル、間違い探し、クロスワード・漢字書き取り、囲碁、将棋、オセロ等） 				
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全体での集団ゲーム等のレクリエーション、茶話会等 ・ 不定期で「はる感謝デー」として、眼鏡拭き・ハンドマッサージ・爪切りを実施する 				

※利用者のニーズに合わせた各クラブ活動をご提案していき、利用者を選んでいただく。

活動曜日はグループ分けをして毎月設定し、カレンダーで配布する。

※誕生日の方に誕生カードを作成し、月に1度誕生会を行いお祝いする。

※クラブ活動等でのボランティアの方の更なる参加も検討。

別表②『令和2年度年間行事予定』

月	行事名	行事内容	備考
4月	春の催し： お花見ツアー	桜の見頃に合わせて、近隣の農試公園へドライブ	外出レクリエーション 6月～10月にかけて季節、時期を選んで観光、食事などのコースを設定。 ニーズを把握しながらコースの具体的な内容を検討していく。
5月			
6月	夏の催し： 外出レク・夏祭り	夏をテーマにした活動を提供。 清涼感を感じてもらうような飲み物・かき氷等を提供するイベントを開催。	
7月			
8月			
9月	秋の催し： 外出レク・敬老会	ボランティアや職員による音楽・踊り等の披露（敬老会）・おやつ の提供	
10月			
11月			
12月	冬の催し： 年末お楽しみ会 新年会	クリスマスやお正月にちなんだ食事やおやつ の提供・職員からの出し物等披露・懐かしいお正月遊び等	
1月			
2月			
3月			

4 居宅介護支援事業所（はっさむはる）

【基本方針】

超高齢化時代に向けて、介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」が推進されている中、ケアマネジャーには自立支援に資するケアマネジメントの専門職として、推進、多職種協働、医療や地域との連携が求められている。

各ケアマネジャーが日々の支援に向き合い、各自の目標などに向けた研修や地域活動への積極的な参加を通じて自己研鑽を図ることにより、事業所全体のケアマネジメントの質を高め、行政機関や各地域包括支援センター・医療機関等の関係機関と引き続き密な連携をしながら地域で信頼される事業所づくりを目指す。

（1）受け入れ体制について

令和2年度はケアマネジャー 5.5名体制での運営を行っていく。

可能な限り迅速に積極的な相談受付をし、今年度は標準件数とされているケアマネジャー1名あたり35件（要支援は1件あたり0.5名換算）、事業所全体としては193名の受け入れを目指していく。

また、認知症カフェの主催や住民活動への積極的な参加により地域へ貢献していくことで顔の見える関係性を構築し、誰もが気軽に相談に訪れていただけるような福祉拠点となれるよう努力する。

（2）「特定事業所加算」の算定について

今年度は、特定事業所加算（Ⅱ）の算定を継続する。特定事業所として各職員が自己研鑽に努め専門職としての自覚を持って業務を行い、適正な事業運営ができるようにする。

また、特定事業所加算の算定要件にもある、地域包括支援センターや他法人との事例検討等を行い、他機関との連携によって事業所全体のケアマネジメント力を高め、それらを利用者支援や地域へ還元できるような特定事業所としての役割を果たしていく。

介護支援専門員実務研修実習の受け入れも継続して行っていく、地域の介護支援専門員の育成にも引き続き協力していく。

加算算定要件でもある定期的な会議では、各ケアマネジャーが専門的視点から議論を交わし、制度やマネジメントに関する情報についても共有することで知識が深まり、幅広い視点で支援を行うことができるようになっている。

その他の加算についても、要件を満たしたものについては適宜算定し、利用者の生活の質の向上へ繋げていく。

（3）ケアマネジメントの質の向上と法令遵守

各ケアマネジャーが、それぞれの経験年数やニーズに応じて適切な研修が受けられ、知識や技術が得られ専門性が高められるよう、外部研修や法人内の研修に積極

的に参加できる機会を確保する。

介護・医療、その他の分野との連携についても地域包括ケアシステム推進の中では重要視されているため、幅広いネットワークを作り、スムーズな連携が利用者支援に生かされるようにしていく。

また、介護と医療のより密な連携も促進されているところであり、入退院時や平時の連携を積極的に行い、関係機関との情報共有がスムーズになることで利用者の暮らしが所々で途切れず連続したサポートができるようにする。

支援対象者のおかれている状況が多様化している中で、今後も増加が予想される「支援困難ケース」への対応については、事業所内での検討はもとより、行政や地域包括支援センターなどとも連携し、多職種で支援を検討していく体制を取り、制度等も最大限に活用していく。

また、日々過酷な感情労働に携わる職種であるため、各ケアマネジャーの心身の健康管理には十分配慮し、管理者を中心に担当者へ技術的・精神的なサポートを適宜行うことで、いつでも不安や悩みを相談し合える事業所環境作りを心掛ける。

介護保険法や指定基準等の各法令に従い、利用者及び家族の人権・意思を尊重し、公正中立な立場で適正なケアマネジメントを行う。

【事業内容】

(1) 要介護高齢者に対するケアマネジメント

① 相談受付・契約

介護サービス利用等に関する相談を受けた場合、その利用者の心身状況等に応じて、介護保険制度についての説明や要介護認定申請の代行、他機関への紹介等、必要な支援を行なう。その中で、居宅サービス計画作成の依頼を受けた場合は、事業所の重要事項の説明を行ない、利用者・家族の同意を得た上で契約を締結し、担当のケアマネジャーを決定し、ケアマネジメントの提供を開始する。

② アセスメント

原則として居宅での面接を行ない、利用者・家族の心身状況や生活全般について情報を収集する。その上で、全国社会福祉協議会作成の『居宅サービス計画ガイドライン』を使用して、専門的な視点での課題分析を行なう。

③ 居宅サービス計画の作成

実施したアセスメントに基づき、解決すべきニーズに対する目標やサービス内容について決定する。目標設定の際には、利用者が主体的に取り組むことのできる具体的かつ実現可能となるよう心がける。また、サービス事業所の選定にあたっては、中立・公正な立場で、利用者・家族の意向を十分に尊重して決定する。

居宅サービス事業者の選定後、利用調整を行なった上で、利用者・家族が理解しやすい表現にて、居宅サービス計画書原案を作成する。

居宅サービス計画書原案は、サービス担当者会議を開催し、必要に応じて内容を修正した上で、利用者・家族に説明して同意を得て交付する。また、サービス提供事業者等にも迅速に交付する。

④ サービス担当者会議の開催

居宅サービス計画の初回作成時や変更時、要介護認定の更新や区分変更時、その他、利用者の心身状況に大きな変化があった際など必要に応じて、サービス担

当者会議を開催（もしくは、サービス担当者に対する照会を実施）する。会議の開催にあたっては、利用者及び家族のほか、主治医や居宅サービス事業者の担当者が可能な限り出席できるように日程を調整する。

会議では、利用者・家族が意見や希望を自由に述べられるように配慮するとともに、担当者から居宅サービス計画書(原案)に関して専門的な意見を聴取し、サービス内容や目標の確認、支援方針の統一のほか、関係機関との情報交換を行う。会議の結果は有益に活用し、以後の支援内容に反映させる。

⑤ 利用者宅への訪問・モニタリング

サービス提供開始後は、利用者宅への月1回以上の訪問の他、電話等の方法で、利用者の心身の状況や生活状況の把握に努めるとともに、サービスの実施状況や援助目標の達成状況、利用者・家族の意向等について、モニタリングを実施する。

利用者・家族へのモニタリングと併せて、居宅サービス事業者に対しても、必要に応じて、サービスの実施状況や援助目標の達成度等について、モニタリングを実施する。

利用者・家族、事業者へのモニタリング内容は、「モニタリング票」に記録する。モニタリングの結果、必要な場合には、再アセスメントやサービス担当者会議等を経た上で、居宅サービス計画を変更する。

⑥ 支援経過の記録・管理

①～⑤に関わる日々の支援内容については、正確な記録を残すように努める。記録や関係書類については、個人情報保護に配慮し、個別ファイル及びパソコンデータ上で適切な管理を行なう。

⑦ 給付管理

利用者及び居宅サービス事業者に不利益を生じさせないよう、正確な給付管理を行なう。

⑧ 苦情や事故対応

当事業所・ケアマネジャーに対する苦情や要望だけではなく、サービス事業所に対する苦情や要望等があった場合、迅速に事実確認を行い、事業所内で対応を検討したうえで、謝罪や説明、サービス事業所への連絡・対応依頼など適切な対応を行うこととする。

また、訪問中等の事故発生時についても、適切かつ迅速な対応を行う。

(2) 要支援高齢者、総合事業対象者に対するケアマネジメント

要介護認定を受けていた利用者が要支援認定を受けた場合や総合事業対象者となった場合など、地域包括支援センターからの委託があれば、要支援や事業対象者に対しても、介護予防サービス計画の作成等のケアマネジメントを行なう。

要支援高齢者等に対しても、(1)と同様に行なうが、地域包括支援センターとの緊密な連携を図り、特に要支援状態の維持・改善に主眼を置き、要介護状態への移行を予防できるようなケアマネジメントを行なう。

5 地域交流事業

(1) ボランティア活動の推進及び支援

- ・ボランティア活動を活性化させるために、施設独自のボランティアグループの拡大努力は勿論、地域包括ケアシステムの構築を見据え、町内会や包括支援センター等

と連携し、気軽なボランティア活動ができる場及び支え合える場として、地域住民とともに活動内容及び方法を追求する。

- ・職員に向けて、ボランティアを受け入れる為の教育を行ない、準備を整える。
- ・ボランティアグループの発足に努め、ボランティアの活動を支援するほか、市内小中高及び専門学校・大学の学生ボランティア活動も積極的にコーディネートする。
- ・定期的なボランティア会議や勉強会を設け、ボランティアが活動しやすい環境を整える。
- ・介護者教室や市民講座の開催を企画するとともに、広報紙の発行等を積極的に行うことにより、地域コミュニティのかたちづくりに寄与することを目指す。

(2) 実習生の受け入れ

①基本姿勢

ホームヘルパーや介護及び社会福祉士制度等を支える実習施設として、各養成機関との連携を密接にとりつつ、それぞれの実習生の目指す職種の実習を統一的なプログラムにより支援する。職員にとっては、施設や事業活動の全体像を再把握し、利用者に対するケアと業務を振り返る機会となし得ることから、指導技術を向上させながら、職員自身の資質向上を図っていく。

②利用者への配慮

施設は、外部に対し様々な形で開放されているが、実習生の受け入れ（又は見学者の受け入れ）に際しては、利用者の立場に立って下記の事項に配慮する。

- 1) 掲示や懇談会等によって事前にお知らせする。
- 2) 実習初日に実習生を紹介する。
- 3) オリエンテーションにおいて、プライバシー保護と守秘義務について確認する。
- 4) 特に排泄や入浴・食事介助については、実習状況を判断して、実施する。

実習生の存在が利用者にとって、精神面での活性化や喜びにつながるような実習指導をすることで、両者に対しプラスに働くように配慮していく。

(3) 地域との交流等

①行事

施設として大きな行事（夏祭り等）において、町内会・地域住民の方との交流を図る場としての継続していく。

また、隣地の保育園・幼稚園又は小・中学校等との交流の継続・受け入れを積極的に推進する。

②認知症カフェ

平成 27 年度から実施している認知症カフェ（暖カフェ）を今後も継続し、地域住民のニーズを引き出し、受け止めながら認知症の方やその家族の生活を地域住民や専門職とともに暖かい手で繋がって支え合える地域づくりを目指していく。

(4) こども 110 番の家

緊急時、地域の子供たちの避難場所としてステッカー表示し、開放する。

北 1 7 条部門

デイサービス事業（介護予防通所介護・通所介護）

【基本方針】

身機能の維持・向上や社会交流の機会の確保、介護者の負担軽減等、利用者や家族の期待に応えられる通所介護サービスの提供が求められており、利用者・家族に選ばれる施設作りのため、様々な取組みによりサービスの質を向上させていくことが必要である。

令和1年5月より定員を33名から定員35名に変更している、私用、受診等での休みの際は、振り替え・臨時利用の提案等を積極的に行い、追加利用に関してもできる限りの柔軟な対応で稼働率90%以上を目指す。

心身を活性化させるようなレクリエーション・趣味活動も個別ごとにサービスの内容を充実していく。

月初めの居宅への実績報告の際と月中に随時営業を行う。特に新規事業所への開拓に力を入れ、デイサービスの空き状況、活動内容の周知を行う。

地域の一般ボランティアの募集、社会復帰支援事業のボランティアを積極的に受け入れ、地域に開かれた事業所を目指す。

(1) 個別性に応じたサービスの計画と実施

個別のニーズに即した通所介護サービスの提供により、心身機能の維持向上等に効果が現れるよう、利用者の個別性に応じた通所介護計画（介護予防通所介護計画含む、以下同じ）を作成し、計画に基づいたサービスの実施に努める。

通所介護サービスの提供にあたっては、居宅介護支援事業者・地域包括支援センターからの情報提供及びサービス担当者会議や、生活相談員による事前訪問、体験利用等を通じて必要な情報を収集し、個々の利用者のニーズを把握する。

そして、担当職員が居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（以下、居宅サービス計画等）に沿って通所介護計画を作成し、その援助目標やサービス内容・留意点等については、個々の心身状況や生活状況に応じた個別かつ具体的な記載に努める。また、作成した通所介護計画の内容については、利用者本人・家族に説明の上、同意を得て交付する。同意を得た通所介護計画書は担当介護支援専門員にも交付する。

さらに、通所介護計画の内容に沿って統一されたサービスが実施されるように、ミーティングやカンファレンス等を通じて計画内容の情報共有に努める。また、担当職員を中心として、利用者・家族の意見も確認したうえで定期的な評価を行う。介護支援専門員へ必要に応じて電話での状況報告、毎月の実績と共にモニタリング・情報提供を行い、計画の見直しを行なうものとする。

(2) 介護方法の統一と、介護技術の向上

適切な介護の提供により、転倒や誤嚥等、サービス提供中の事故発生を防止するよう、職員の介護技術の向上に努める。

サービスの提供は、事業所で作成している各種マニュアルに沿って行なうものとし、その内容については定期的に見直し、修正・加筆できる体制を整備する。また、全職員が業務マニュアル等に沿った介護を実施できるように、ミーティング等を通じてその内容の周知徹底に努める。なお、インシデント・事故の発生時には、ミー

ディングで再発防止策を検討したうえで、インシデントレポート・事故報告書を作成、職員間で周知徹底し、同様の事故発生防止に努めるものとする。

さらに、施設内外の研修に積極的に参加し、最新の知識や技術に基づいたサービスが提供されるように努める。

(3) 利用者・家族・地域との信頼関係づくり

利用者・家族、さらには地域住民からも信頼されるサービス事業所となるよう、サービス提供に関する情報公開・発信・共有に努めるものとする。

第一に、利用者・家族と事業所との間で適切に情報共有ができ、効果的なサービス提供が行なわれるよう、利用中や送迎時、連絡ノート、電話等の様々な手段により、利用者・家族の意向を確認し、サービス内容に反映させるよう努める。また、日常的なコミュニケーションとは別に、利用者・家族に対してサービス内容についてのアンケートを今年度は実施する事は出来なかったが来年度は実施する事にする。内容や方法についての検討等、実施の準備を進める。

第二に、デイサービスでのサービス内容等を周知し、事業運営についての理解を得るため、デイサービスセンターはる北17条広報誌『はあとふる』を、利用者・家族、関係機関等に向けて月1回発行する。また、居宅介護支援事業者等については、広報誌に加え、事業所の特色を記したパンフレットを送付する。

第三に、利用に係る不安を解消し、スムーズな利用につなげるため、サービス利用検討者に対する、事前訪問、見学対応、体験利用の受け入れを行う。

【サービス内容】

(1) 送迎

移動・乗降時の転倒事故や、運転中の車輛事故等を防ぎ、事業所と自宅間の移動を安全に行なうことを目的に、全ての職員が業務マニュアルに沿った介助と交通法規を遵守した運転に努める。

さらに、送迎時には、家族への情報提供や自宅での生活状況の確認を行ない、情報の共有に努める。

なお、送迎の経路・順序等については、利用者の心身状況や、本人・家族の要望等に配慮した上で、効率的に行なうために随時検討する。

送迎時に体調不良が見られた場合は全車にマスク、体温計携帯しているのでバイタル測定行いマニュアルに基づいた対応を行う。

(2) 健康管理

利用者の健康状態の維持・改善のため、バイタルチェック（血圧、体温、脈拍）や観察（表情、食事・水分の摂取状況、排泄状況、皮膚状態等）、体重測定（月1回、必要に応じてそれ以上）等を実施するとともに、家族との情報交換を行ない、看護職員を中心として個々の健康状態を把握し、異常・変化の早期発見に努める。体調急変等の緊急時には、マニュアルに沿って、速やかに家族や主治医等へ連絡し、適切な対応を行なう。

また、バイタルチェックや観察等の情報は必要に応じて、居宅介護支援事業所・地域包括支援センター、関係機関、医療機関等へ提供する。

なお、デイサービス利用中における感染症の発生・まん延を防止するため、マニュアルに基づいた対応を徹底する。

(3) 入浴

利用者が安全に身体の清潔を保持できる機会を提供するために、個別の心身状況に応じた入浴形態（一般浴槽、機械浴槽）を選択し、業務マニュアルに沿った介助を実施する。また、健康状態等に合わせて、シャワー浴、足浴、清拭等の対応も行なう。

さらに、入浴による満足感を得られるように、同姓介助、浴室・脱衣室の環境整備に努め、入浴の時間などの希望にも可能な限り柔軟に対応するように努める。

(4) 排泄

利用者が可能な限りトイレでの排泄を行なえるように、心身状況に応じた介助を行なう。また、排泄ケアの際には、プライバシーを尊重した関わりを行なうとともに、転倒防止のためトイレ内の快適で清潔な環境づくりに努める。

(5) 機能訓練

通所介護計画書の作成にあたっては、個々の利用者の心身状態や生活状況に応じた目標を設定し、個別訓練（歩行・起立訓練、嚥下訓練、昇降訓練、等）や集団体操（握力維持向上訓練、下肢筋力維持向上訓練、関節可動域訓練等）を組み合わせた適切なプログラムを作成する。また、必要に応じて計画の見直しを行なうものとする。

なお、活動内容については、身体機能を把握し、介護度が重い方でも参加可能なプログラムも作成する。

個別機能訓練加算Ⅱについては30年度より算定を開始している。新規利用、認定更新時に提案を行い、今後も算定率30%を目指す。

(6) 食事・口腔ケア

バランスの良い食事が安全に摂取でき、食事についての楽しみが満たされるように、厨房委託業者、栄養士と連携をとり、身体状況や嗜好に応じた食事を、適時適温の配膳により提供する。また利用者の嗜好調査等を定期的の実施し、年6回行う給食会議を通して、厨房委託業者、栄養士に伝え日常の献立や行事食メニュー等に反映させる。

なお、自力摂取が困難な利用者には、自宅での食事形態を確認し誤嚥・窒息などの事故に十分注意した上で、職員が介助を行なう。

さらに、利用者の口腔内の状態を適切に保てるよう、食前の嚥下体操、食後の口腔ケアを充実して嚥下障害の予防に努めていく。

(7) アクティビティサービス

デイサービスの利用が楽しみとなり満足感や生きがい得られ、心身機能の維持・向上が図られるように、別表①『アクティビティ活動計画』の通り、個別活動や小グループの活動、全体でのレクリエーションを提供する。また、別表②『年間行事計画』に沿って各月毎に、季節感を感じられる催しや外出の機会を提供する。

(8) 緊急時及び事故発生時の対応

デイサービス実施中の病状の急変、その他緊急事故が発生した際は、マニュアルに基づき適切な対応を行う。

受診の付添等必要であればできる範囲で行い、家族に寄り添った対応を行う。

(9) ボランティア・実習生

NPO法人からの依頼で社会復帰支援事業のボランティア受け入れを行い、支援終了後も一般ボランティアとしての希望があった際は継続して受け入れを行い、社会貢献に役立つ取組みを今年度も行い、社会復帰を支援する。

学生ボランティア、一般ボランティアの受け入れも継続して行っていく。

今年度も介護等体験の実習生の受け入れを行い、施設、職種の役割、職種間の連携、利用目的、利用効果、ご家族の気持ちなどの社会施設の役割と機能を指導していく。終了後は不定期のボランティアとしての活動を希望者に促していく。

別表①『令和2年度アクティビティ活動計画』

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
	創作活動（手芸・塗り絵等）、軽作業（タオルたたみ、おしぼり作り等） ゲーム（オセロ、トランプ、将棋、麻雀、囲碁等） 脳トレーニング（計算、間違い探し、ペン習字、漢字書き取り等）				
午後	音楽クラブ・書道クラブ・レジンクラブ 集団体操 全体でのレクリエーション 麻雀・貼り絵・手芸・折り紙				

別表②『令和2年度年間行事予定』

月	行事名	行事内容
4月	映画鑑賞	プロジェクターでの映画上映
5月	お花見	近隣の公園等へドライブ
6月	外出行事	市内外出・外食
7月	外出行事	市外外出・外食
8月	夏祭り	歌や太鼓に合わせ盆踊り・茶話会
9月	外出行事 敬老会	果物狩外出 敬老会レク
10月	外出行事	紅葉ドライブ・外食
11月	秋の催し	いも・かぼちゃ団子作り
12月	クリスマス会	ケーキ作り・お鍋の提供・ビンゴ
1月	新年会	職員の出し物・お汁粉の提供
2月	節分会	豆まき、お鍋の提供
3月	ひな祭り	桜餅作り

包括部門

西区第3地域包括支援センター

1. 基本方針

団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年に向けて、医療や介護サービスのほか、障がい、児童、行政や企業・団体、地区組織や住民等、様々な機関や幅広い世代が連携を強化し、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう地域包括ケア体制の構築に向けて事業に取り組んでいくことが求められている。また近年では「8050問題」とされる高齢の親と何らかの問題を抱える子供への支援など多角的な問題への相談も寄せられ高齢者分野における専門性だけでは解決しきれない課題も見られているため縦割りではない横のつながりの中から支援方法を見出し関わる必要がある。

センター開設以降、医療・福祉の関係機関や地区組織とのネットワーク構築に一定の成果が得られ様々な事業を展開してきたが、一方で介護保険に関わりのない地域住民や学校、企業・団体、障がい者支援事業所等への周知や理解・協力が十分でない状況がある。今後「地域共生社会の実現」というさらに大きな課題に向けて、住民同士の支え合いや地域づくりはますます重要な課題となっている。

そのため、地域住民や企業・団体、障がい者支援事業所に対して、地域包括支援センターの役割や介護保険制度・「総合事業」の趣旨、認知症や介護予防などに関する普及啓発を介護予防センターや生活支援コーディネーターなどの関係機関とも積極的に行うことが必要である。また、地区組織やボランティア等との活動を通じて地域住民との「規範的統合」に向けた取り組みを行うことが求められる。

さらに、個別地域ケア会議の開催等を通じて、地域住民や企業・団体、関係機関等とのネットワーク構築とともに、地域の居宅介護支援事業所・介護支援専門員へ地域ケア会議の趣旨説明や開催への支援も強化していく。

一方、介護予防支援業務については、利用者数の増加が続いており、包括的支援業務に支障が生じないように、再委託の活用を進めるほか介護予防支援担当職員を適正に配置することで、専門職員の担当件数の上限を超えないように努める。

2. 各業務の事業計画

(1) 総合相談業務

事業計画・業務内容
<p>① 総合相談の受付・対応</p> <p>地域に住む高齢者の様々な相談を一旦全て受け止め、必要に応じて関係機関へつなぐとともに情報収集や訪問などによるアプローチを行い支援につなげる。また緊急性の高いケースや徘徊認知症高齢者の支援など、問題の深刻化が予想されるケース等については、センター内で検討、課題分析を行い、個別地域ケア会議の開催も検討する。</p> <p>総合相談、サービス未利用者への支援については、地域の介護予防活動やインフォーマルサービスの情報提供、参加への支援を行う。</p> <p>様々な機関と連携し、家族介護者及び高齢者の権利擁護の支援体制を充実する。</p>
<p>② 支援ネットワークの構築、周知活動</p> <p>関係機関の会議への出席、イベントへの参加・協力、講話等を通じて、ネットワークの構築・強化を図る。</p> <p>昨年度開催したイオン発寒での健康啓発イベントを開催し幅広い世代へ介護予防を普及する。また、圏域内のスーパーや商店で相談ブースなどを設け地域住民へ健康チェックや講話などを実施し介護予防への周知活動を開催する。</p> <p>関係者へセンターの役割や活動の周知に努め、特に、認知症サポーター養成講座や</p>

認知症予防、地域ケア会議への協力を求める。

a) 地区組織との連携

- 民生委員児童委員協議会
- 福祉のまち推進センター
- 町内会

b) サービス事業所、専門職団体等との連携

- 地域密着型サービス事業所 運営推進会議の出席
- 西区在宅ケア連絡会
- 札幌市介護支援専門員連絡協議会西区支部
- 札幌市自立支援協議会西区地域部会

③ 地域ケア会議の開催

a) 個別地域ケア会議

居宅介護支援事業所への訪問や相談等のケアマネ支援を通じて、支援困難ケースのほか、地域資源を活用して在宅生活の継続や介護予防につながった好事例などを把握する。合わせて、センターで担当しているケース（支援困難ケース、要支援者等）についても、地域課題の抽出・解決につなげる視点で課題分析を行い、個別地域ケア会議開催の必要性を協議する。

個別地域ケア会議開催に至らなかったケースについても、会議開催ができなかった理由や、推測される地域課題等について集積していく。

個別地域ケア会議を開催する場合、多様な機関や職種による多方面の視点から検討が行われるよう、関係機関や地域の方々に参加を呼び掛けるとともに、積極的に地域ケア会議アドバイザーを活用する。特に、センターで担当している介護予防サービス利用者、介護予防・生活支援サービス利用者（各1事例）については、アドバイザーの参加を求め、自立支援や重度化防止に資するケアマネジメント支援につなげる。

上記の活動により、年間12回以上の会議開催を目指す。

b) 地区地域ケア会議

個別地域ケア会議を通じ見いだされた地域の課題について、地区連絡会議等で共有し、介護予防センター・区保健支援係と協力して、会議開催について協力する。

c) 地域ケア推進会議

個別・地区地域ケア会議等により把握された地域課題を解決するため、区保健支援係・他地域包括支援センターと協働して、区地域ケア推進会議を開催する。

d) 定例会・幹事会、地区連絡会議

個別・地区・区の各地域ケア会議で検討された課題や取組みについて、各機関への情報提供・共有を行う。

④ 介護サービス未利用者への支援

a) サービス未利用者（要支援者）への対応

認定情報でサービス未利用の要支援者の心身状態、主治医の意見等を確認し、要支援者本人・家族への電話や訪問等により、詳細な状況を把握するとともに、サービス利用の意向確認等を行い、必要なサービス利用等につなげる。

その中で、いわゆる「お守り認定」の対象者には、すこやか倶楽部やサロン等

の紹介を行い、介護予防活動の参加につなげる。

「お守り認定」の対象者や介護サービスにより状態が改善した高齢者について、今ある介護予防事業や民間サービスにつながらない場合は、生活支援コーディネーターと課題を共有し、課題解決に向け連携を図る。

b) サービス未利用者（ハイリスク対象者）への対応

a)のうちサービス利用が必要と判断した要支援者のほか、総合相談支援やケアマネ支援で把握したサービス未利用者については、台帳にて管理し、うち、認知症（疑い含む）や医療ニーズの高い疾患を有する方について、電話や訪問等によりアプローチを行い、本人の心身状況や家族状況等について情報収集するほか、サービス利用に至っていない理由（経済面、情報不足など）についても確認を行う。

上記の結果、要支援・要介護状態や病状の悪化の可能性が高く、サービス利用の必要性が高い方を、ハイリスクな対象者として絞り込む。

ハイリスク対象者のうち、本人や家族が介護サービスの導入を拒否しているために必要な支援に結びついていないケースがあった場合、センター内で個別地域ケア会議や認知症初期支援チーム等の活用も含めて支援方法を検討、担当の介護支援専門員や地域関係者と協力して支援を行う。

(2) 権利擁護業務

事業計画・業務内容

① 高齢者虐待対応

高齢者虐待が疑われる相談を受け付けた場合は、『高齢者虐待対応マニュアル』に沿って、センター内3職種が協働して情報収集・協議等の対応を行い、区保健支援係や関係機関と連携し、早期終結に努める。

また、センター職員は、高齢者虐待に関する研修会や、札幌市高齢者虐待防止ネットワーク委員会等に参加し、高齢者虐待に関する知識・技術を向上する。

② 権利侵害の予防

西区内地域包括支援センターと共同で、「弁護士との勉強会」や「ほっとワーク会議」を開催し、高齢者虐待や特殊詐欺、消費者被害の予防や、関係機関とのネットワーク構築を図る。

また、介護保険サービス事業所・居宅介護支援事業所や地区組織に対して、高齢者虐待や消費者被害等に関する周知・啓発を行うほか、必要に応じて研修会等を開催することにより、虐待の早期発見や支援体制の構築に努める。

③ 認知症高齢者支援

認知症サポーター養成講座の普及・啓発、開催

札幌市介護保険課からの情報提供や、区連絡会議などの機会を通じて、区内の認知症サポーター養成講座の開催状況を把握する。

また、圏域内に住む、もしくは勤務しているキャラバンメイトと認知症サポーター養成講座の普及・啓発について意見交換会を開催する。

認知症サポーター養成講座を未開催の町内会や、徘徊認知症高齢者が居住する町内会に対して、認知症に関する情報提供や、認知症サポーター養成講座の案内、認知症高齢者への支援協力依頼などの普及・啓発活動を行う。これにより、今年

度中に発寒地区、発寒北地区で各1回、上記に該当する単位町内会を対象として認知症サポーター養成講座を開催する。

その他、担当区域内にある下記機関を訪問し、認知症に関する情報提供、認知症サポーター養成講座の案内、認知症高齢者への支援の協力依頼などの普及・啓発活動を行う

- 高齢者の利用が多い、コンビニ等の店舗、商品の宅配を行う業者など
- 各種教育機関の他、児童・生徒が利用する公共施設など

認知症高齢者支援に関する地域住民等の活動支援

認知症サポーター養成講座のアンケートに記名のあった参加者を対象にしたフォローアップ講座を開催し、社協のボランティア登録につなげられるよう連携を図る。

年に1度、西区内のキャラバンメイトの参加を募りキャラバンメイトフォローアップ研修や交流会を開催しメイトのスキルアップや交流の機会を作る。

また、西区内の地域包括支援センター、GH 管理者会や町内会等の地区組織と連携し、認知症サポーター養成講座の開催と合わせて徘徊認知症高齢者捜索模擬訓練を定期的・継続的に実施することで、徘徊認知症高齢者への適切な対応や正しい理解の普及・啓発に努める。

認知症初期集中支援推進事業の活用

サービスにつながりにくい認知症高齢者に関する相談について早期解決を目指して認知症初期集中支援チームを積極的に活用する。また、事業の対象者を的確に把握し、区と連携して、認知症でもできる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう支援を行なう。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント業務

事業計画・業務内容

① 担当エリア内の居宅介護支援事業所・介護支援専門員の資質向上

担当区域内の居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、全8事業所を年1回訪問し、担当区域内の事業所や介護支援専門員の状況やニーズの把握に努め、訪問により得られた居宅介護支援事業所の情報やニーズは、区内の地域包括支援センターと共有し、介護支援専門員の支援に活用する。圏域内の介護支援専門員に対し、個別地域ケア会議の意義、アドバイザーの活用を含む多職種検討による効果等の周知を図り、その活用を働き掛ける。また、個別地域ケア会議開催の際には本人同意を得たうえで圏域内の主任介護支援専門員、介護支援専門員をオブザーバーとして招き個別地域ケア会議を実際に体験してもらい開催へとつなげる。

各居宅介護支援事業所と包括との合同事例検討会を開催し、事例検討を通じて、アセスメント力の向上、相互のケアマネジメントの質の向上、包括とのネットワーク構築を図る。

② 医療介護連携の強化

○介護支援専門員を対象とした、疾病理解等を目的とした研修開催

担当区域内の介護支援専門員を対象として、高齢者にまつわる心疾患や高血圧、筋骨格系疾患、精神疾患等に関する最新の知識や正しい理解の普及・啓発及びアセスメント能力の向上を図るために、研修を開催する。

○介護支援専門員と主治医との連携の円滑化

担当区域内の全医療機関に、主治医との連携方法（連絡手段、時間帯、相手等）について問い合わせた結果を一覧にまとめ、介護支援専門員へ情報提供することで、医療機関との連携の円滑化を図る。

(4) 介護予防ケアマネジメント業務

事業計画・業務内容
<p>① 介護予防ケアマネジメントの実施</p> <p>センターで担当する要支援者や、介護サービス利用を希望する相談対象者が、介護予防・日常生活支援総合事業（「総合事業」）のサービス利用を希望する場合、札幌市が発行するパンフレット等を活用して、制度や理念についての説明を行う。</p> <p>また、センターで担当する要支援者のアセスメントやモニタリングの際、介護予防・自立支援の視点でケアマネジメントを行うほか、必要に応じてセンター内で協議する。</p>
<p>② 一般介護予防事業、地域の自主的介護予防活動の支援</p> <p>介護予防センターと協働し、担当区域内の住民を対象として、疾病の重症化予防を目的とした講話等の普及啓発活動を行う。また、講話前後にアンケートを実施し、評価とする。</p> <p>また、地区診断などの結果を踏まえて、介護予防センターと協働で、対象地区を絞り込み、住民を対象とした介護予防や認知症予防教室を開催する。また、開催後は自主活動や対象地域全体での地域力向上に結びつくよう、支援を継続していく。</p> <p>既存の自助グループ（ライラックの会）に、年 1～2 回訪問し、円滑な運営の手助けを行う。必要時には、HARP（北海道リハビリテーション専門職協会）に支援を依頼し、効果的で適切な運動指導が受けられるよう調整する。</p>
<p>③ 生活支援コーディネーター等との連携</p> <p>介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務、個別地域ケア会議の開催等により地域に必要な社会資源やインフォーマルサービス等の課題を明確化する。</p> <p>集約した課題については、区・地区連絡会議や協議体、地区・区地域ケア会議等の場で、行政機関や生活支援コーディネーター、関係機関等へ報告、共有する。</p>

(5) 介護予防支援業務

事業計画・業務内容
<p>① 介護予防支援の適正な実施</p> <p>今年度、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの給付管理数の合計は、年間平均で、580 件（うち直営 430 件、再委託 150 件）前後となる見込み。</p> <p>適正な業務が行われるように、年度内に 1 回の自己評価を行うほか、業務の進捗状況やケアプランの内容等について管理者や各職員同士によるチェック体制を強化する。</p>
<p>② 介護予防支援のスキルアップ</p> <p>法人内外の研修への参加や、新任職員等への O J T を通じて、ケアマネジメント技術の向上を図る。</p>

清田部門

1 デイサービス事業（介護予防通所介護・通所介護）

【基本方針】

清田はるの特色としては、継続して利用者同士の支え合いやデイサービスで利用者が役割を持てるよう支援していきたい。認知症への対応としては、本人だけではなく、家族との関係性の構築、連携を図ってより良いケアの実践を行う。家族への訪問、電話での情報共有や、認知症理解も広めていきたい。稼働目標を90%以上とし、出来る限り柔軟な受け入れを行っていく。

また、職員間で悩み事を聞いたり、アドバイス等も行なえる関係性作りを目指す。常に業務を見直し、職員のチームワークの向上を実現し、働きやすい職場環境作りを行う。

地域の一般ボランティアの募集、学生ボランティアを積極的に受け入れ、地域に開かれた事業所を目指す。

（1）個別性に応じたサービスの計画と実施

通所介護計画書に準じたサービスを個別に全職員が行なえるよう取り組んでいく。集団での活動に関しても、レベルや嗜好に応じた小集団活動などを取り入れる事で個別性を出していく。また、集団での活動が困難な方や孤立してしまいがちな利用者様へも対応に関しても個別の対応が出来る時間を作ってマンツーマンで対応していく。

通所介護計画書は6ヶ月に1度又は変更があった場合にはモニタリングを行ない、計画書を使用してカンファレンスを実施する。職員間で統一したケアが出来る様活用していく。認知症の利用者については、認知症ケア専門士の生活相談員が計画書を作成し、他職種や家族との連携を図る事でより充実したケアが行なえるよう努める。

（2）介護方法の標準化と専門性の向上

その人に合った適切な介護を提供し、転倒や誤嚥等、事故発生を防止することはもちろん、その人の残存機能を最大限生かしたケアを実践していく。職員は施設内研修・施設外研修を通し、職員の介護知識、技術の向上に努める。昨年も研修参加率が低く今年度は、全職員が研修に参加し専門性の向上に努めたいと思う。

サービスの提供は、事業所で作成している各種マニュアルに沿って行うものとし、全職員が業務マニュアル等に沿った介護を実践できるように、ミーティング、申し送りノート等を通じて内容の周知徹底に努め統一したケアを行う。なお、インシデント・事故の発生時には、ミーティングで再発防止策を検討したうえで、インシデントレポート・事故報告書を作成、職員間で周知徹底し、同様の事故発生防止に努めるものとする。

（3）利用者・家族・地域との信頼関係作り

全職員が利用者、家族との会話の機会を作るよう努める。その中で、本人の心身状況、家族の様子の変化、本心等把握できるよう努める。また、認知症利用者へは生活相談員が家族への電話や訪問を行い、関係性を深め情報共有を行って支援していく。また、悩み事を聞いたり、アドバイス等も行なえるような関係性を構築したい。

苦情があった場合は、速やかに誠意を持って対応し、状況把握、信頼回復に努める。

家族参加可能な行事を実施し家族交流の機会を増やし家族にデイサービスでの利用状況の把握をしてもらい、また家族の想いを職員が共有する機会にしたい。

ボランティアを積極的に招待しデイサービスセンターはる清田を知ってもらう機会を作り、地域の方と交流する機会を作る。サービスについてのアンケート実施も行なっていきたい。

【サービス内容】

(1) 送迎

移動・乗降時の転倒事故や、運転中の車両事故等を防ぎ、事業所と自宅間の移動を安全に行なうことを目的に、全ての職員が業務マニュアルに沿った介助と交通法規を遵守した運転に努める。また利用者には不快な思いをさせない運転を心がける。

なお、送迎の経路・順序等については、利用者の心身状況や、本人・家族の要望等に配慮した上で、効率的に行なうために随時検討する。

送迎中であってもサービス利用中であり、利用者とのコミュニケーションの場として活用する。

(2) 健康管理

利用者の健康状態の維持・改善のため、バイタルチェック（血圧、体温、脈拍）や観察（表情、食事・水分の摂取状況、排泄状況、皮膚状態等）、体重測定（月1回、必要に応じてそれ以上）、管理依頼内服薬の確認を実施するとともに、家族との情報交換を行ない、看護職員を中心とし個々の健康状態を把握し、異常・変化の早期発見に努める。体調急変等には、マニュアルに沿って、速やかに家族や主治医等へ連絡し、適切な対応を行なう。また、バイタルチェックや観察等の情報は必要に応じて、居宅介護支援事業所・地域包括支援センター、医療機関等へ提供する。

なお、デイサービス利用中における感染症の発生・まん延を防止するため、マニュアルに基づいた対応を徹底する。看護師を中心とした職員による感染症や病気、怪我、認知症、季節ごとの高齢者のリスクマネジメント講座を開催する事により、利用者の知識を深め様々なリスクを啓発、予防していく。

(3) 入浴

利用者が安全に身体の清潔を保持できる機会を提供するために、基本は同性介助で個別の心身状況に応じた入浴形態（一般浴槽、特殊浴槽）を選択し、業務マニュアルに沿った介助を実施する。また、健康状態等に合わせて、シャワー浴や清拭対応、中止の判断も行なう。

入浴中は細心の注意を払い、目配りをする事で転倒のリスクを回避し、出来る限り自分で行える動作に関しては自分で出来る環境作りを徹底する。

(4) 排泄

介助が必要な利用者に対し、排泄サイクルを把握、家族との情報を共有することで、可能な限りトイレでの排泄が行えるよう支援する。

また、排泄ケアの際には、プライバシーを尊重した関わりを行なうとともに、トイレ内の快適で清潔な環境づくりに努める。

(5) 食事・口腔ケア

アレルギーや禁食、制限食、食事形態等必要に応じた食事を提供し間違えないよう配膳時に必ず食札を確認する。

なお、自力摂取が困難な利用者には、誤嚥、窒息などの事故に十分に配慮し、通所介護計画介護を作成し、摂取状況を記録に残す。

利用者の口腔内の状態を適切に保てるよう、必要に応じ食後の口腔ケア等を実施する。

また、嚥下障害の予防及び経口摂取の継続の為に、毎日嚥下口腔体操を実施する。

(6) 機能訓練

個別機能訓練加算Ⅱ、運動器機能向上加算の算定率50%以上を目標とする。運動プログラムも充実させ、様々な日常生活動作課題に対応していく。

全利用者様の日常生活で行えている動作等を把握し、自分で出来る事は出来るだけご自分で行ってもらい、介護し過ぎないように自立支援を行い、家や地域での生活、役割を維持・向上できるよう支援する。

認知症進行予防の、ふまねっと、脳トレ教室等の実施も行い、バーゼルインデックスやMMSEを活用した評価を取り入れ、利用者のやる気、やりがいに繋がる様取り組みたい。

評価別表①『アクティビティ活動計画』の通り、個別活動や小グループの活動、全体でのレクリエーションを提供する。また、別表②『年間行事計画』に沿って各月毎に、季節感を感じられる催しや外出の機会を提供する。

別表①『令和2年度アクティビティ活動計画』

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前 (午後)	集団体操 創作活動（さをり織り・手芸・塗り絵・書道・折り紙） 趣味活動（オセロ・将棋・麻雀・囲碁・カラオケ等） 脳トレーニング（計算・間違い探し・漢字書き取り等）				
午後	軽作業(タオルたたみ・名札整理等) 全体でのレクリエーション(ふまねっと・脳トレ教室・音楽・各講座)				

別表②『令和2年度年間行事予定』

月	行事名	行事内容	その他
4月	外出行事	お花見コース	
5月	外出行事	お花見コース (2コースでの外出)	変わり入浴週間
6月	ミニ外出行事	カフェ、買い物等	
7月	パーラー	はる喫茶	
8月	夏祭り	「はる」なのに「なつ」祭り	
9月	敬老会 外出行事	敬老会、秋の外出行事	
10月	外出行事	紅葉コース (2コースでの外出)	
11月	おやつ作り ミニ外出行事	文化作品作り	感染症予防講座
12月	クリスマス会	職員出し物、ゲームお鍋の提供	
1月	新年会	ビンゴ大会・お鍋の提供	変わり入浴週間
2月	節分会 ミニ外出行事	豆まき、お鍋の提供 カフェ、買い物等	
3月	ひな祭り	小レク、おやつ作り	変わり入浴週間

2 居宅介護支援事業所

【基本方針】

- ① 自立支援、重度化防止の推進
- ② 地域包括ケアシステムの推進
- ③ 居宅介護支援事業所の業務改善
- ④ 人材育成、離職者ゼロに向けての取り組み

① 自立支援、重度化防止の推進

- ・利用者が、どのように生きたいのか、生活する上でどのような支援を必要とするのか、持っている能力、潜在する能力を見極め、自己決定に基づいて支援を行う。
- ・利用者の生活歴、成育歴、家族アセスメントを通じ、本人の置かれている立場や価値観を受容、共感し、利用者と家族が望む生活に向かって行動できるようケアマネジメントを展開

する。

・利用者の ADL 維持・改善に向けて、医療機関、訪問型サービス、通所系サービスとの連携、福祉用具の活用により要介護度の重度化を防止する。

(具体策)

- 1.生活歴、成育歴のアセスメントシート作成
- 2.家族アセスメントの強化
- 3.エンパワメントの学習
- 4.事業所内や外部の事例検討会の出席
- 5.毎週、居宅会議を行い、困難事例及び成功事例について共有し、マネジメントの質の向上を図る。

② 地域包括ケアシステムの推進

・団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を進めます。

(具体策)

- 1.地域包括支援センターとの連携を強化
- 2.困難ケースを受け入れ多職種と連携する。必要度に応じて地域ケア会議開催を包括へ相談
- 3.認知症支援を進める。認知症サポーター養成講座の開催。認知症カフェの参加
- 4.多職種とのネットワークの構築を進める。研修等に参加し顔の見える関係作りをする。

③ 居宅介護支援事業所の業務改善

・働きやすい居宅介護支援事業所を目指し、専門的なケアマネジメントが展開できるよう、業務の効率化を図ります。

(具体策)

1. 業務を効果的、効率的に行えるようデスク周り、書庫、ファイリングの整備を行う。
2. ケアマネジメント業務に専念できるよう ICT (情報通信技術) PC (パーソナルコンピュータ) を活用し、煩雑な業務をスリム化し効率化を図ります。
3. ケアマネジャーの能力に応じて仕事を分担し、定時の時刻に退社できるようにする。

④ 人材育成、離職者ゼロに向けての取り組み

・管理者は、新任、経験の浅い介護支援専門員に対し、OJT を実行し人材育成に取り組みます。
・管理者は、介護支援専門員がバーンアウト (燃え尽き症候群) にならないよう、スーパービジョンを展開していきます。

(具体策)

- 1.内部研修、外部研修の参加
- 2.スーパービジョンの実施。また、仲間同士が気軽に行えるピアスーパービジョンを促進する。
- 3.週 1 回 1 時間程度のケース会議、勉強会の実施

(1) 受け入れ体制について

現在、主任介護支援専門員 1 名、介護支援専門員 3 名の 4 人体制で支援をしている。令和 2 年 1 月よりケアマネ増員しており、受け入れ態勢としては十分な空きがある。

相談体制としては、地域包括支援センターや地域からの困難な方を拒まず受け入れ、その方の置かれている課題について、専門職や地域と共に考え、行動し、在宅生活の限界値を上げる取り組みを行い、同時に地域社会のレベルアップを図っていきます。

(2) ケアマネジメンツの質の向上と法令遵守

各ケアマネジャーが、そのレベルやニーズに応じて適切な研修に参加し、その知識や技術を高める機会が得られるように、外部研修だけでなく、法人内でのケアマネジャー対象の研修内容を充実させるほか、医療の知識不足が課題となっているので、対象となる研修にも積極的に参加していく。特に医療機関との連携は、ケアマネジャーの積極性がより求められているので、情報共有の在り方、カンファレンスなどを通じて、連携から信頼の構築となるよう努めていく。

また、支援が継続的になる事にも配慮し、各ケアマネジャーの心身の負担を軽減して支援が可能となるよう、管理者が中心となり担当者へのスーパービジョンを展開し、各事業所だけでなく、地域包括支援センターや行政機関等とも密接に連携し、対応していく。

また、介護保険法や指定基準等の各法令の主旨に沿って、利用者及び家族の人権・意思を尊重し、公正中立な立場に立って、適正なケアマネジメントの実施に努める他管理者が責任を持って、業務内容の見直しや確認を行う。

【事業内容】

(1) 要介護高齢者に対するケアマネジメント

1 相談受付・契約

介護サービス利用等に関する相談を受けた場合、その利用者の心身状況等に応じて、介護保険制度についての説明や要介護認定申請の代行、他機関への紹介等、必要な支援を行なう。その中で、居宅サービス計画作成の依頼を受けた場合は、事業所の重要事項の説明を行ない、利用者・家族の同意を得た上で契約を締結し、担当のケアマネジャーを決定し、ケアマネジメントの提供を開始する。

2 アセスメント

原則として居宅での面接を行ない、利用者・家族の心身状況や生活全般について情報を収集する。その上で、全国社会福祉協議会作成の『居宅サービス計画ガイドライン』を使用して、専門的な視点での課題分析を行なう。

3 居宅サービス計画の作成

実施したアセスメントに基づき、解決すべきニーズに対する目標やサービス内容について決定する。目標設定の際には、利用者が主体的に取り組むことのできる具体的かつ実現可能となるよう心がける。また、サービス事業所の選定にあたっては、中立・公正な立場で、利用者・家族の意向を十分に尊重して決定する。

居宅サービス事業者の選定後、利用調整を行なった上で、利用者・家族が理解しやすい表現にて、居宅サービス計画書原案を作成する。

居宅サービス計画書原案は、サービス担当者会議を開催し、必要に応じて内容を修正した上で、利用者・家族に説明して同意を得て交付する。また、サービス提供事業者等にも迅速に交付する。

4 サービス担当者会議の開催

居宅サービス計画の初回作成時や変更時、要介護認定の更新や区分変更時、その他、利用者の心身状況に大きな変化があった際など必要に応じて、サービス担当者会議を開催（もしくは、サービス担当者に対する照会を実施）する。会議の開催にあたっては、利用者及び家族のほか、主治医や居宅サービス事業者の担当者が可能な限り出席できるように日程を調整する。

会議では、利用者・家族が意見や希望を自由に述べられるように配慮するとともに、担当者から居宅サービス計画書（原案）に関して専門的な意見を聴取し、サービス内容や目標の確認、支援方針の統一のほか、関係機関との情報交換を行う。会議の結果は有益に活用し、以後の支援内容に反映させる。

5 利用者宅への訪問・モニタリング

サービス提供開始後は、利用者宅への月1回以上の訪問の他、電話等の方法で、利用者の心身の状況や生活状況の把握に努めるとともに、サービスの実施状況や援助目標の達成状況、利用者・家族の意向等について、モニタリングを実施する。

利用者・家族へのモニタリングと併せて、居宅サービス事業者に対しても、必要に応じて、サービスの実施状況や援助目標の達成度等について、モニタリングを実施する。

利用者・家族、事業者へのモニタリング内容は、「モニタリング総括票」に記録する。モニタリングの結果、必要な場合には、再アセスメントやサービス担当者会議等を経た上で、居宅サービス計画を変更する。

また必要時は事業所内でも介護支援専門員同士で支援の方向性の検討を行い、支援の選択肢に幅を持たせていく。

6 支援経過の記録・管理

①～⑤に関わる日々の支援内容については、正確な記録を残すように努める。記録や関係書類については、個人情報保護に配慮し、個別ファイル及びパソコンデータ上で適切な管理を行なう。

7 給付管理

利用者及び居宅サービス事業者に不利益を生じさせないように、正確な給付管理を行なう。

8 苦情や事故対応

当事業所・ケアマネジャーに対する苦情や要望だけではなく、サービス事業所に対する苦情や要望等があった場合、迅速に事実確認を行い、事業所内で対応を検討したうえで、謝罪や説明、サービス事業所への連絡・対応依頼など適切な対応を行うこととする。

また、訪問中等の事故発生時についても、適切かつ迅速な対応を行う。

(2) 要支援高齢者に対するケアマネジメント

要介護認定を受けていた利用者が要支援認定を受けた場合など、地域包括支援センターからの委託があった場合、要支援高齢者に対しても、介護予防サービス計画の作成等のケアマネジメントを行なう。要支援高齢者に対しても、(1)と同様に行なうが、地域包括支援センターとの緊密な連携を図り、特に要支援状態の維持・改善に主眼を置き、要介護状態への移行を予防できるようなケアマネジメントを行なう。

藤野部門

I 職員会議

職員会議日程（全施設）

区 分		開 催 日 時	参 加 者	人数
定 例 会 議	朝礼	毎朝 8時30分～ 約5分間	施設長、介護職、看護職、ソーシャルワーカー、施設ケアマネ、機能訓練指導員、栄養士、事務員他	参加可能職員 全員
	運営定例会議	毎月第3火曜日 17時30分～	施設長、次長、係長、主任、他関係職員	関係者
	給食会議	毎月第1火曜日 14時00分～	施設長、栄養士、他関係職員	関係者

職員会議日程（特別養護老人ホームらいらっく）

区 分		開 催 日 時	参 加 者	人数
定 例 会 議	ホーム会議	毎月4火曜日 16時00分～	施設長、介護係長、介護主任、施設ケアマネ、ソーシャルワーカー、機能訓練指導員、看護主任、栄養士	関係者
	ケアカンファレンス	毎週月・金 ユニット毎に日程調整 13時30分～	施設ケアマネ、介護職、看護職、ソーシャルワーカー、ケアマネージャー、機能訓練指導員、栄養士	関係者
	ユニットリーダー会議	毎月第4火曜日 17時00分～	施設長、介護係長、介護主任、ユニットリーダー、他関係職員	関係者
	ユニット会議	毎月1回 ユニット毎に日程調整 16時30分～	介護係長、介護主任、ユニット介護職員、看護職員、ケアマネージャー	関係者
入居判定会議		毎月第2月曜日 14時00分～ 他適宜	施設長、介護職、看護職、ソーシャルワーカー 栄養士、機能訓練員	関係者

職員会議日程（デイサービスセンターらいらっく）

区分	開催日時	参加者	人数	
定例	朝・夕ミーティング	毎朝 8時30分～ 8時35分 毎夕 17時00分～17時15分	管理者、介護職、看護職、ソーシャルワーカー	関係者
	デイサービス会議	毎週木曜日 17時30分～	管理者、デイサービス全職員	関係者
	ケアカンファレンス	毎月デイサービス会議後	管理者、デイサービス全職員	関係者
	DSリーダー会議	毎月第1木曜日	管理者、デイサービス主任、デイ介護リーダー	関係者
臨時	デイサービス合同会議	隔月1回程度	管理者、介護職、ソーシャルワーカー、事務職	関係者

職員会議日程（居宅介護支援事業所らいらっく）

区分	開催日時	参加者	人数	
定例会議	朝ミーティング	毎朝 8時35分～ 8時45分	管理者、ケアマネージャー	関係者
	会議	毎週水曜日 12時～13時	管理者、ケアマネージャー	関係者

II 事業別事業計画

1 介護老人福祉施設

(1) 生活相談支援部門

- ・入居者一人ひとりが地域の一員として心身ともに健やかな生活を送り、様々な世代に開かれた施設として発展できるよう入居者、家族、施設、地域を結ぶコーディネーターの役割として地域や関係機関等へ働きかけていく。

① 入居者や家族の生活支援

- ・入居者が大切にしている価値観や信条を理解し、入居者と家族がお互いに安心して自立した生活が継続できるよう支援する。
- ・入居者の身体や生活状況において変化があれば随時、家族や他部署と正確な情報を提供・共有し的確な支援体制を構築できるよう努める。
- ・入居相談については、『札幌市指定介護老人福祉施設等入所指針』に基づき、入居希望者の心身や生活環境を的確に把握し、入居判定会議において適切で公平かつ迅速な判断及び対応に努める。

② 地域との協働

- ・新たな社会資源の開発や地域づくりの発展に努め、入居者の生活の質の向上に努める。
- ・地域のボランティア組織や近隣の幼稚園、小中高生と積極的な交流を図り、高齢者の特性や認知症への正しい理解促進を促す。

③ 福祉ニーズの担い手として

- ・入居者の支援において多職種が同じ方向性を持ち、エンパワメントの視点に立った支

援が継続できるよう各部署や関係機関との情報のパイプ役となるよう努める。

- ・日頃から入居者や家族とのコミュニケーションの中から新たな要望や改善点などの意見や要望が生じた際は、施設全体で共有し、改善を図るなど迅速に対応するとともに対応結果を入居者・家族へフィードバックしていく。

(2) 介護・看護部門

スタッフ一人ひとりが職務に対する責任と主体性を持ち、各職種が専門性を発揮しながらチームアプローチのもと、人がより良く生きるための生活を支える視点を強化する。

介護部門

- ①利用者の生活をトータル的に支えるために、自立支援介護の実践と丁寧な対応を心がけ利用者及び家族と信頼関係が形成できるように努める。
- ②自己決定によりその人らしい生活を送れるようアセスメント能力を高め、利用者様の状態の変化をいち早く察知し、生活する上でのリスクマネジメントの視点を忘れず一連のケアマネジメントを通して根拠あるケアの提供に努める。
- ③ケアワーカーの質向上のため施設内研修会を定期開催し、専門職として知識と実践を結びつけ、ケアワーカー全員が知識と技術を習得できる機会を確保する。
又、適切な人材配置や業務の見直しなど随時検討しながら、チームとしてケアの向上に努める。
- ④各委員会などの活動を職員全体で実施出来るように、職員間、多職種との連携を強化しながら、普段の業務を円滑に行い、事故の予防、対応が的確に行えるようにする。
- ⑤快適な生活空間を作り、四季折々の催事や趣味活動、外出行事等を企画、提供することによって地域との交流を図り、メリハリのある生活の創出に努める

看護部門

- ①利用者様の生活を総合的に支える為、健康管理を行い、安楽で安心できる環境が整うよう配慮する。
 - ・多職種との報告、連絡、相談を密にし、異常の早期発見、疾病及び、事故の予防に努める。
 - ・利用者様の健康維持を目的とし、配置医との連携を重視して常に利用者様の情報を共有できる体制作りをする。
また、適切な医療が平等に受けられるよう、地域の医療機関とも連携し通院、入院を円滑にする努力をする。
- ②丁寧な対応を心掛け、利用者様及びご家族様との信頼関係が構築出来るよう努力する
 - ・利用者様の体調変化について、随時 ご家族様に情報を提供し、安心して施設での生活を見守って頂けるよう配慮する。
 - ・施設で最期を迎えられる利用者様が、最後まで“その人らしく”穏やかな気持ちで苦痛なく最期を迎える事が出来るよう、多職種、並びに御家族と協力・相談し、最善の対応が出来るよう努力する。
- ③ 業務を円滑に遂行する為の環境整備を行う。
 - ・医務室内を常に清潔に保ち、業務の効率化と事故防止に努める。
 - ・施設内における感染症の予防、発生時の対策を徹底し、各部署、利用者様、ご家族様へ

の啓発活動に努める。

- ・褥瘡ゼロに向けて多職種と連携し、褥瘡予防に積極的に取り組む。
- ・専門職として、利用者の健康状態を正確に判断し的確な対応が出来るよう、日々知識と技術の向上に努める。
- ・利用者様に対し、良好な看護を提供する為に個々の体調管理に留意する。また、仲間を思いやり、快適な職場環境の維持に努める。

機能訓練部門

- ①個々の利用者に対する機能訓練の必要性及び内容を明確にした「個別機能訓練計画書」を作成する。機能訓練計画の内容は、施設サービス計画書に盛り込み、わかりやすい計画書の作成を目指す。作成した計画書について、利用者または家族に訓練内容を説明し、同意を得る。
- ②無理のない機能訓練を行なうために、多職種と協働し残存機能の見極めと日常生活動作を継続出来る様にケアの統一を行い、機能低下防止に努める。
安全な移動を行えるように、できるだけ身体に合った車椅子や歩行器を使用できるように調整を行う。また、座位姿勢不安定な利用者に対し、車椅子や椅子の工夫を行う。
- ③施設内外の研修会などに積極的に参加し技術の習得に努める。

(3) 給食部門

- ・日本人の食事摂取基準に基づき約束食事箋の改定を行い、献立の立案・作成を行う。
- ・季節感を感じられるよう旬の食材を取り入れ、視覚や嗅覚でも楽しめるような実演やイベントを企画・提供し、出来たての食事や雰囲気を楽しんでもらう。また、全ての食形態の方が食べることを楽しむことができ、嚥下咀嚼機能に合わせて安全に食べることができるような献立作成や提供方法の工夫を心掛けていく。
- ・委託業者と連携して、ノロウイルスなどによる食中毒や異物混入の事故を予防し、利用者が安心して快適な食生活を送ることができるよう食品の衛生管理に努める。
- ・災害などの緊急時にも安全な食事提供ができるよう、食材の備蓄・管理を行い、委託会社と協力して対応していく。
- ・「栄養ケアマネジメント」において、利用者の栄養状態等に関するアセスメントをもとに、各職種と検討して栄養ケア計画を作成する。作成した栄養ケア計画をケアプランに盛り込み、栄養面を含めたプランを利用者または家族への説明し同意を得る。
- ・経口摂取が困難になってきた場合にも自分の口から食べる楽しさを支援し、「最期まで口から食べること」ができる様、多職種で協同した取り組みを行っていく。

【ケアの基本方針】

(1) チームアプローチ

アセスメント・ケアプラン作成・及び実践・評価に係るケアマネジメントにおいて多職種がそれぞれの専門性を活かし利用者の多様なニーズに答え、より質の高いケアを展開出来るよう連携を深めていく。そのための根拠となる記録を残す。

(2) 利用者本位のケアの確立（ご利用者にとって常に最善のサービスであるよう、自らが相手の立場にたってケアすること）

利用者及び家族のケアに対する意向を十分に配慮し、安全・安心・快適な生活を保障できるようにスタッフ一人一人が知識と技術の習得に励みその専門性を高める。

(3) 生活支援

利用者のプライバシーに配慮したユニット形式で、全室個室という環境を提供し自己

選択を基本に丁寧なケアを心がけ、季節を感じ楽しめる潤いのある生活空間の創出できるように努める。

また在宅復帰を念頭に入れた生活リハビリの視点を維持する。

(4) 認知症のケアの確立

認知症に関する専門知識を習得し、受容・共感的な関わりをベースに利用者が穏やかに生活できるよう支援する。

(5) ターミナルケア

利用者が予後不良と診断され、症状が生活施設の中で看取ることの出来る範囲であり利用者及び家族が施設での看取りを希望された場合、その人らしい最期が迎えられるよう支援する。

(6) 自己啓発

常に知識と技術の研鑽に努めてケアの質の向上を図り、また実践に基づいた理論の確立によりケアの充実に貢献していく。

【ケアの展開方法】

(1) ケアプランの作成・評価

ケアプランの作成においては利用者及び家族の意思を十分に伺い、より具体的な目標を設定し、利用者主体かつしっかりと現場に生きるケアプランとする。

また自立支援の視点を持ったアセスメントを行いチームアプローチの機能を十分に活かしケアプラン原案を作成する。各職種と連携しながら、ケアプランに栄養ケア計画と個別機能訓練計画、褥瘡マネジメント計画を盛り込む。

アセスメント過程では生活歴を十分に考慮し、ケアプラン原案を利用者及び家族と多職種が参加するサービス担当者会議において検討する。

すべてのプロセスは、利用者及び家族に公開され同意、署名を得て交付する。

サービス担当者会議は利用者及び家族と6カ月ごとに開催し、モニタリングは3カ月ごとに定期的実施する。

また事故発生時、入退院時など状況変化がある時は即時モニタリングとアセスメント、修正プランを作成し常にニーズに適したケアを提供する。

(2) 自立支援を視野に入れた介護

利用者の自立支援を目的とした科学的介護を施設全体で取り組む。

水分の重要性、下剤使用を見直し自然排便を促す方法を模索し実施する。

歯科医と連携のもと口腔環境の改善、維持をめざし食する楽しみ喜びに繋がるように努める。

個別にADL維持・向上、またはADL低下予防を念頭におき日常リハビリと共に運動器具を使用したプログラム、歩行器歩行等の専門的介護を展開する。

認知症ケアについては、専門研修に参加し、正しい知識を習得する。また、ユニットケアにより精神的に穏やかな生活が送れるように環境を整えBPSD症状の改善を図る。

さらに在宅復帰については利用者及び家族、社会資源のアセスメントを行い在宅復帰に向けての具体的なケアプラン作成によりアプローチを試みる。

(3) ユニット担当制によるケアの実行

介護職員は馴染みの関係を築くためユニット専属配置とし、場面によっては施設全体で協力体制をとり、利用者に不利益が出ないように努める。

介護職員は、利用者の日々の些細な変化も気付けるように観察し、体調や行動などに

変化があった時は、ユニット職員や多職種に報告し情報を共有し、ケアの方向性を定め統一したケアを実施する。

ユニット毎に目標設定を行い、より良いケアが提供できるように定期的に評価を行う。

各ユニットはユニット費で年間の催し物を企画、立案する。

利用者の生活全般について把握し、安全かつ快適であるよう責任をもって配慮する。

(4) ユニットリーダー制を活用し組織的な取り組み

ユニットリーダーは、ユニット職員と適宜連絡をとり多職種との連携、調整を行い、ケアプランの展開、課題の把握を行う。

ユニットリーダーはユニット・フロア全体の業務に遺漏のない様に努めるとともに課題を明確化させ速やかに報告、相談、検討を行って細やかなケアの展開を図る。

またケアの質の向上を目指し、新人・人材育成に力を入れ、課題を共通認識しながら日々の中でスーパービジョンを展開しながら働きやすい環境作りを提案していく。

(5) 家族ケア

利用者の状況に関しては、家族が必要とする情報をいつでも提供できるようにし家族の不安、要望、相談に対し適宜速やかに対応する姿勢を持つ。

また、定期的な家族懇談会を開催し加齢による身体機能の変化・認知症の理解・看取りケアなどを勉強する機会を企画し、入居時から老いのプロセスを理解し家族と共にあるケアを心がける。

(6) 行事・レクリエーション・機能訓練の充実

季節感が感じられる行事や、日常のレクリエーションプログラムの多様化により楽しみや刺激ある生活を提供し、社会感覚を豊かに維持するとともに地域との交流による生活の活性化を図る。

また地域で活動している団体等による催しの企画を積極的に受け入れ、適宜盛り込んでいく。

機能訓練に関しては「個別機能訓練計画」を作成し、身体機能の維持・向上を目指す。

【年間行事計画】

月	内 容	具体的内容
4月	各ユニットで検討	茶話会等
5月	外出レクリエーション	お花見見学等
6月	外出レクリエーション	買い物外出等
7月	外出レクリエーション	動物園外出等
8月	町内盆踊り参加	町内会盆踊り参加。
9月	らいらっく祭り	施設全体で企画。
10月	外出レクリエーション	紅葉見学等
11月	各ユニットで検討	茶話会等
12月	クリスマス	仮装し、ケーキ配達
1月	新春カラオケ大会	カラオケ
2月	節分	豆まき
3月	ひなまつり	メイクアップ写真撮影

※誕生会は個人の誕生日に合わせて、個別に企画する。

※地域の保育園、幼稚園との交流会。

※上記記載の他、利用者の要望や、スタッフの発想による催し物・外部からの催し物等、適宜盛り込んでいく。

(7) 地域交流

地域住民の方や学生が日常的に利用者と交流できるような場をコーディネートするとともに、利用者が外出等により地域の方と積極的に触れ合うことができる機会を設けていく。

特に園児・小学校・中学校との交流を年間行事に盛り込み、交流を深める。

また引き続きボランティアの方の受け入れを積極的に働きかけ、日常的に第三者の方の客観的なご意見をいただき、地域交流のコーディネートを行っていく。

(8) ターミナルケア

入居時から1日1日大切にに関わり、ニーズは常に変化していることを念頭におきながら後悔のないケアを提供できるように努める。その延長上の終末期には、利用者の状況を十分にアセスメントし、精神的・肉体的苦痛の緩和に配慮し本人及びその家族が望む悔いのない最期を実現出来るよう、死に至るプロセスを学習し、家族に丁寧な説明と理解を得ながら最期まで生を全うできるようにケアに取り組む。

ターミナルケア後には振り返りを行い、次のケアへ活かしていく。

(9) 各職種の専門性を高める活動

各職能団体の活動並びに施設内外で開催される研修受講の他、講演会、研修等で事例発表の機会を持つ。

2 ショートステイ事業

【基本方針】

(1) 自立支援のための介護サービス計画の作成

ケアマネージャーの作成するケアプランに基づき、利用者・家族の意向を踏まえた上で、利用者が在宅で自立した生活を継続でき、家族の介護負担軽減を図ることができるよう専門的且つ個別性を尊重したサービスを提供する。また、緊急性の高い虐待やネグレクトなどの困難ケースにも迅速に対応できるように努める。

(2) 的確なアセスメントに基づく安全・安心なサービス提供

利用者の心身状況を的確に把握し、変化における情報を正確に共有し、安全に利用できるように努める。また、利用者や家族の状態変化に応じて、ケアマネージャーとの連携のもと、適切なサービス提供を行う。

(3) サービス提供の在り方を検討し、サービス向上に努める。

利用者・家族が求めている要望やサービス提供の在り方を関係機関や施設内で見直し、「利用してよかった。安心した。」と思ってもらえるショートステイサービスを目指す。また、サービスに対する苦情に耳を傾ける機会を作り、些細な事も掘り起こし誠意をもって対応、サービス提供の改善に努めていく。

(4) 居宅介護支援事業所との連携によるサービス利用希望への迅速・適切な対応

ケアマネージャーより相談を受けた際は、迅速な調整を行い、利用者の心身・家族状況を把握し、ショートステイサービスを提供していく。また、ケアマネージャーとの連携に予め在宅生活での不安軽減や在宅生活継続が出来るようにアドバイスを行っていくように努めていく。

(5) 障害者自立支援法への対応

障害者自立支援法のもと、障害者福祉サービスの相談・提供を行う。

また、居宅介護支援事業所・他サービス事業所と連携のもと正確な状況把握に努めていくものとする。

【事業内容】

(1) 基本的な生活介護

利用者の心身機能の維持を目的として、利用者及び家族の要望を踏まえ自宅との継続した生活を支援していくものとし、専門的な介護を提供する。

<食事>食事形態、摂取方法、嗜好などについて利用者の希望をふまえ、できる限り家庭での状況に近づけた食事を提供。また、利用中の食事量なども把握し家族へ情報提供に努める。

<入浴及び整容>利用者の希望や身体状況に合わせて特殊浴槽と一般浴槽を使い分け、安全で快適な入浴サービスを提供する。また、入浴のニーズが高いことを踏まえ、柔軟な入浴対応を心掛け、場合によっては部分浴や清拭の対応などにより、利用者の清潔保持を図る。

<排泄>自宅での排泄介護の状況も踏まえた上で、利用者の尊厳とプライバシーの保護に十分配慮した快適で適切な排泄介護を行う。

(2) 送迎サービス

家屋の立地状況や利用者の身体状況などに配慮して、安全な送迎方法を検討し、適

切な介護技術による安全な送迎サービスを行うことに力をいれる。送迎時間の設定については、利用者及び家族の希望に配慮した対応をする。

(3) 機能訓練及びアクティビティサービス

機能訓練員が専門的な視点で実施している集団体操へ参加する機会を提供します。その他、レクリエーションや音楽活動などの提供により、利用者の心身機能の維持、向上を目指します。

3 デイサービス事業（介護予防通所介護・通所介護）

【基本方針】

介護保険法の趣旨に基づき、利用者の心身機能の維持・向上や社会交流、在宅生活の支援、介護者の負担軽減等のニーズに応えられる通所介護（介護予防通所介護含む、以下同じ）を目指し、サービスの質を向上させていくと同時に安心・安全なケアの提供を常に心掛ける。また、「ノマド福祉社会」のケア理念【ホスピスケアとコミュニティケアの実現】の基、地域に密着した通所介護を目指し、地域との交流を図り、地域住民にも信頼されるように努める。

サービス提供時間は9：30～15：40（送迎時間は除く）で実施する。定員40名に対して、一日平均37名の利用を目標として、新規利用者や見学・体験利用者の積極的な受け入れを行う。

心身を活性化させるようなレクリエーション・趣味活動（個別レク、集団レク）や、食事や入浴も楽しめるようにサービス内容の充実を図る。身体機能、生活動作の改善・維持に繋がるような運動メニューを作成し、集団体操、個別機能訓練を実施する。

(1) 個別性に応じたサービスの計画と実施

利用者の個別ニーズに応じた通所介護計画書（介護予防通所介護計画含む、以下同じ）を作成し、利用者ごとの心身機能の向上等に効果が現れるように、計画に基づいたサービスの実施に努める。

通所介護計画の作成、サービスの提供にあたっては、居宅介護支援事業者・地域包括支援センターからの情報提供及びサービス担当者会議や、職員による事前訪問、体験利用等を通じて必要な情報を収集し、個々の利用者のニーズを把握する。また、日頃のケアしている場面からもニーズを引き出すように各職員が努めていく。

担当職員が、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（以下、居宅サービス計画等）に沿って（予防）通所介護計画書を作成するが、その援助目標やサービス内容、留意点等については、個々の心身状況や生活状況に応じた、個別かつ具体的で、利用者、ご家族にわかりやすい記載に努める。また、作成した通所介護計画書の内容については、利用者本人・家族に説明の上、同意を得て交付する。

さらに、通所介護計画書の内容に沿って統一されたケア、サービスが実施されるようにミーティングやカンファレンス等を通じて計画内容の情報共有に努め、また、担当職員を中心として、利用者・家族の意見も確認したうえで定期的な評価を行い、必要に応じて介護支援専門員等への情報提供や、計画の見直しを行なうものとする。

(2) 介護方法の統一と、介護技術の向上

適切な介護の提供により、転倒や誤嚥等、サービス提供中の事故発生を防止できる

ように職員の介護技術の向上に努める。

サービスの提供は、事業所で作成している業務マニュアルに沿って行うものとし、その内容については、定期的に見直し、修正・加筆できる体制を整備する。また、日々の生活の中での利用者の気持ちを尊重し、個別性に合わせて介護方法等も検討し、ミーティングや介護技術講習会等を通じてその内容の周知徹底に努める。なお、インシデント・事故の発生時には、ミーティングで再発防止策を検討したうえで、インシデントレポート・事故報告書を作成し、かつ事故状況を職員間で検証する機会を設け、同様の事故発生防止に努めるものとする。

また、施設内外の研修へ積極的に参加し、介護技術、認知症、ソーシャルワーク等の知識を学び、報告会や勉強会を行い、各職種の専門性を高め、最新の知識や技術に基づいたサービスが提供できるようにする。

(3) 利用者・家族・地域との信頼関係づくり

利用者、家族、地域住民からも信頼されるサービス事業所となるよう、利用者、家族と事業所との間で適切に情報共有を行う。連絡ノートや電話等の様々な手段により利用者や家族の意向を確認しサービス内容に反映させ、情報公開、発信、共有に努める。

また、デイサービスでのサービス内容等を周知し、事業運営についての理解を得るためデイサービスセンターらいらっくの広報誌『らいらっく』を毎月、利用者、家族、関係機関等に向けて発行する。また、広報誌を随時ホームページに掲載し、地域住民がらいらっくの活動内容について閲覧できるようにする。

居宅介護支援事業者等については、毎月のデイサービス新聞や広報誌に加え、利用の空き状況等についても随時情報を提供していく。

さらに、利用に係る不安を解消し、スムーズな利用につなげるため、サービス利用希望者に対する見学や体験利用についても継続して受け入れていく。地域の学校・各種団体等のボランティアを招いての行事を開催し地域との交流を図る。

【サービス内容】

(1) 送迎

事業所と自宅間の移動を安全に行うことを目的に、移動・乗降時の転倒事故や、運転中の車輛事故等を防ぎ、全ての職員が、業務マニュアルに沿った介助と交通法規を遵守した運転に努める。車への乗降、自宅までの移動、車中での様子確認など、送迎中の介助も安全に配慮して行う。また、送迎時の個別のニーズにも、ご家族の同意のもと柔軟に対応できるようにする。さらに、送迎時には、家族への情報提供や自宅での生活状況の確認を行い、情報の共有に努め、日々のケアに活かし、記録に残す。

なお、送迎の経路・順序等については、利用者の心身状況や、本人・家族の要望等に配慮した上で、効率的に行なうために随時検討する。送迎は運転表をもとに行い、希望に応じて事前に電話連絡を行ない、利用者に安心して利用していただけるようにする。

(2) 健康管理

利用者の健康状態の維持、改善のため、バイタルチェック（血圧、体温、脈拍）や観察（表情、食事・水分の摂取状況、排泄状況、皮膚状態等）、体重測定（月1回、必要に応じてそれ以上）等を実施する。利用者の体調が安定し、在宅生活が維持できるよう、家族との情報交換も行い、看護職員を中心として個々の健康状態を把握し、異常・変化の早期発見に努め、必要なアドバイスを行う。また、利用者や家族が在宅でも健康管理

ができるよう、健康に関する相談や、情報発信を行う。

利用時の体調急変等の緊急時には、マニュアルに沿って、速やかに家族や医療機関等へ連絡し、適切な対応を行う。

また、バイタルチェックや観察等の情報は、個人情報使用同意書の使用目的を遵守し、必要に応じて、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、医療機関等へ提供する。なお、デイサービス利用中における感染症の発生、まん延を防止するため、感染予防マニュアルに基づいた対応を徹底する。

(3) 入浴

利用者が転倒などの不安なく、安全に身体の清潔を保持できる機会と、入浴の楽しみを提供する機会と捉え、個別の心身状況に応じた入浴形態（一般浴槽、特殊浴槽）でサービスを実施する。また、個別の身体状態、希望に沿った介助とともに、自立を支える介助を行い、健康状態等に合わせて、シャワー浴や清拭、個別浴槽等の対応も行う。介助の際は同性、異性介助のご希望を伺い安心して入浴して頂けるよう努めていく。

業務マニュアルに基づき、浴室での事故のないように見守りを行い、さらに、浴室、脱衣室の環境整備に努め、入浴の時間などの希望にも可能な限り柔軟に対応する。

(4) アクティビティサービス

デイサービスの利用が楽しみとなり満足感や生きがいを得られ、心身機能の維持・向上が図られるように、ボランティア等の協力を得ながら、別表①『アクティビティ活動計画』の通り、集団機能訓練（握力維持向上訓練、下肢筋力維持向上訓練、関節可動域訓練等）、個別趣味活動、小グループの活動（外出含む）、集団でのレクリエーションを提供する。また、別表②『年間行事計画』に沿って季節感を感じられる催しや外出の機会を提供する。

(5) 個別機能訓練

個別機能訓練に関して、個別機能訓練加算Ⅱ（56単位）を算定する。加算対象・要件を利用者・家族へ説明し、同意のもとで実施していくものとする。

利用者の生活機能の維持、向上を目指し、機能訓練指導員、生活相談員、介護職員ともに共同し話し合い、個別機能訓練計画書を作成する。訓練計画に沿った機能訓練を機能訓練指導員が実施する。

個別機能訓練計画書の作成にあたっては、個々の利用者の心身状態や生活状況に応じた具体的な目標を設定し、個別機能訓練内容（歩行・起立訓練、段差昇降訓練、転倒予防訓練、拘縮予防訓練、エアロバイク・生活動作の改善・練習等）の適切なプログラムを作成する。利用者・家族と居宅介護支援事業所との間で適切に情報共有ができ、効果的かつ参加意欲が向上するものとなるよう、個別機能訓練を行っていく。

また、3ヶ月毎にご自宅にも訪問し評価を行い、必要に応じてミーティング等で随時計画を見直し行う。

(6) 排泄

利用者の身体状況に応じた介助、自立を支援する介助を行うとともに、プライバシーに配慮した関わりを行っていく。また、トイレ内の快適で清潔な環境づくりに努める。

(7) 食事・口腔ケア

バランスの良い食事が安全に摂取でき、食事についての楽しみが持てるように、管理栄養士や厨房委託業者と連携をとり、利用者の身体状況や嗜好に応じた食事を、適時適温の配膳により提供する。また、食事メニューに応じて、提供直前に材料を調理する、食器を工夫するなど、美味しく召し上がって頂くよう配慮する。季節に合わせたメニュー、行事用のメニュー、選択メニューなども提供する。

なお、管理栄養士を中心として利用者へ嗜好調査等を実施し、日常の献立や行事食メニュー等に反映させる。嗜好調査に関しては、契約時・随時・アンケート等で確認していく。

食事の際、誤嚥・窒息などの事故に十分注意した上で、見守りを行い、自力摂取が困難な利用者には職員が介助を行う。

さらに、利用者の口腔内の状態を適切に保てるよう、食後の口腔ケア（うがい、歯磨き、義歯洗浄）等を実施する。

別表①『令和2年度アクティビティ活動計画』

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
午前	<ul style="list-style-type: none"> ・集団体操（ラジオ体操・月毎の体操・口腔体操等） ・脳トレーニング （計算問題・パズル・間違い探し・難読漢字・ことわざ等） 					
午後	<ul style="list-style-type: none"> ・レクリエーション活動（カラオケ、ふまねっと、スカットボール、段昇降運動ボッチャ等） ・陶芸教室は費用徴収 ・ボランティアによる楽器演奏、児童・生徒の吹奏楽、手品、よさこい演舞、詩吟、日本舞踊、フラダンス等 					

※誕生日の方に誕生カード作成。

別表②『令和2年度年間行事予定』

月	行事名	行事内容	備考
4月	ロープウェイ	藻岩山ロープウェイ見学・外食	<ul style="list-style-type: none"> ・陶芸教室は3～4カ月に1度開催。 ・スターバックス・喫茶店へのコーヒー、甘味外出は月に1～2回定期開催。 ・夏季は月に2～3回ジェラート店へ。 ・10月、3月は文教大付属幼稚園交流会。 ・不定期で藤ヶ丘幼稚園・保
5月	花見	平岡梅林公園散策・外食	
6月	イチゴ狩り	豊滝地区の農園でのイチゴ狩り	
7月	ビール工場見学	アサヒビール工場見学・外食	
8月	JRタワー見学	JRタワー展望台見学・外食	
9月	動物園外出	円山動物園見学・外食	
10月	ホテルイキング	プリンスホテルランチバイキング	
11月	北大イチョウ見	北大構内紅葉見学・外食	

	学		育園、藤野南・藤の沢小、藤野中、南陵・明清・啓北・新陽高、東海・北大・北海学園大の太鼓やよさこい演舞、吹奏楽演奏会。
12月	コカコーラ工場見学	コカコーラ工場見学・外食	
1月	リクエスト外食ツアー	利用者の食べたい物、行きたいお店での外食（過去：焼肉・寿司など）	
2月	イタリア料理	フォレストビアンカでの外食	
3月	リクエスト外食ツアー	利用者の食べたい物、行きたいお店での外食（焼肉・寿司・アイスなど）	

※外出行事については、利用者全員に参加希望を募り、希望によってご家族へ報告し、参加の可否の相談をおこなっています。

4 居宅介護支援事業所

【基本方針】

2025年に迎える超高齢化時代に向けて、介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」が推進されている中、ケアマネジャーには自立支援に資するケアマネジメントの推進、多職種協働や医療との連携が求められている。

各ケアマネジャーが日々の支援に向き合い、研修や地域活動への積極的な参加を通じて自己研鑽を図ることで事業所全体のケアマネジメントの質を高め、行政機関や各地域包括支援センター・医療機関等の関係機関と引き続き密な連携をしながら地域で信頼される事業所づくりを目指す。

(1) 受け入れ体制について

ケアマネジャー3名体制での運営を実施していく。

目標受け入れ件数：112件（予防件、介護件）

「要介護者」だけではなく地域の「要支援者」の受け入れに関しても引き続き行い、切れ目のない支援を提供していく。

(2) 「特定事業所加算」の算定について

当事業所においては、主任介護支援専門員やその他の人員配置、事業所体制が満たされているため、今年度も引き続き特定事業所加算（Ⅲ）の算定を行う。

各職員が自己研鑽に努め専門職としての自覚を持って業務を行い、適正な事業運営ができるようにする。

行政、地域包括支援センターを含む関係各機関、他事業所とも連携を図り地域に貢献できるように特定事業所としての役割を果たしていく。

加算算定要件でもある定期的な会議では、各ケアマネジャーが専門的視点から議論を交わし、制度やマネジメントに関する情報についても共有する。専門的な知識を深め、幅広い視点で支援を行うことができるよう研鑽する。

その他の加算についても、要件を満たしたものについては適宜算定し、利用者の生活の質の向上へ還元できるようにしていく。

(3) ケアマネジメントの質の向上と法令遵守

各ケアマネジャーが、それぞれの経験年数やニーズに応じて適切な研修が受けられ、知識や技術が得られ専門性が高められるよう、外部研修や法人内の研修に積極的に参加できる機会を確保する。

介護・医療、その他の分野との連携についても地域包括ケアシステム推進の中では重要視されているため、幅広いネットワークを作り、スムーズな連携が利用者支援に生かされるようにしていく。

支援対象者のおかれている状況が多様化している中で今後も増加が予想される「支援困難ケース」への対応については、事業所内での検討はもとより、行政や地域包括支援センターなどとも連携し、多職種で支援を検討していく体制を取り、制度等も最大限に活用していく。

また、支援が複雑化し継続的になることにも配慮し、各ケアマネジャーの心身の負担も考え、管理者を中心に担当者へ技術的・精神的なサポートを適宜行い、いつでも不安や悩みを相談し合える事業所環境を作る。

介護保険法や指定基準等の各法令に従い、利用者及び家族の人権・意思を尊重し、公正中立な立場で適正なケアマネジメントを行う。

【事業内容】

(4) 要介護高齢者に対するケアマネジメント

⑨ 相談受付・契約

介護サービス利用等に関する相談を受けた場合、その利用者の心身状況等に応じて、介護保険制度についての説明や要介護認定申請の代行、他機関への紹介等、必要な支援を行なう。その中で、居宅サービス計画作成の依頼を受けた場合は、事業所の重要事項の説明を行ない、利用者・家族の同意を得た上で契約を締結し、担当のケアマネジャーを決定し、ケアマネジメントの提供を開始する。

⑩ アセスメント

原則として居宅での面接を行ない、利用者・家族の心身状況や生活全般について情報を収集する。その上で、長寿社会開発センター作成の『チェックポイントシート』を使用して、専門的な視点での課題分析を行なう。

⑪ 居宅サービス計画の作成

実施したアセスメントに基づき、解決すべきニーズに対する目標やサービス内容について決定する。目標設定の際には、利用者が主体的に取り組むことのできる具体的かつ実現可能となるよう心がける。また、サービス事業所の選定にあたっては、中立・公正な立場で、利用者・家族の意向を十分に尊重して決定する。

居宅サービス事業者の選定後、利用調整を行なった上で、利用者・家族が理解しやすい表現にて、居宅サービス計画書原案を作成する。

居宅サービス計画書は、サービス担当者会議を開催し、必要に応じて内容を修正した上で、利用者・家族に説明して同意を得て交付する。また、サービス提供事業者等にも迅速に交付する。

⑫ サービス担当者会議の開催

居宅サービス計画の初回作成時や変更時、要介護認定の更新や区分変更時、その他、利用者の心身状況に大きな変化があった際など必要に応じて、サービス担当者会議を開催（もしくは、サービス担当者に対する照会を実施）する。会議の開催にあたっては、利用者及び家族のほか、主治医や居宅サービス事業者の担当者

が可能な限り出席できるように日程を調整する。

会議では、利用者・家族が意見や希望を自由に述べられるように配慮するとともに、担当者から居宅サービス計画書(原案)に関して専門的な意見を聴取し、サービス内容や目標の確認、支援方針の統一のほか、関係機関との情報交換を行う。会議の結果は有益に活用し、以後の支援内容に反映させる。

⑬ 利用者宅への訪問・モニタリング

サービス提供開始後は、利用者宅への月1回以上の訪問の他、電話等の方法で、利用者の心身の状況や生活状況の把握に努めるとともに、サービスの実施状況や援助目標の達成状況、利用者・家族の意向等について、モニタリングを実施する。

利用者・家族へのモニタリングと併せて、居宅サービス事業者に対しても、必要に応じて、サービスの実施状況や援助目標の達成度等について、モニタリングを実施する。

利用者・家族、事業者へのモニタリング内容は、「モニタリング票」に記録する。モニタリングの結果、必要な場合には、再アセスメントやサービス担当者会議等を経た上で、居宅サービス計画を変更する。

⑭ 支援経過の記録・管理

①～⑤に関わる日々の支援内容については、正確な記録を残すように努める。記録や関係書類については、個人情報保護に配慮し、個別ファイル及びパソコンデータ上で適切な管理を行なう。

⑮ 給付管理

利用者及び居宅サービス事業者に不利益を生じさせないように、正確な給付管理を行なう。

⑯ 苦情や事故対応

当事業所・ケアマネジャーに対する苦情や要望だけではなく、サービス事業所に対する苦情や要望等があった場合、迅速に事実確認を行い、事業所内で対応を検討したうえで、謝罪や説明、サービス事業所への連絡・対応依頼など適切な対応を行うこととする。

また、訪問中等の事故発生時についても、適切かつ迅速な対応を行う。

(5) 要支援高齢者に対するケアマネジメント

要介護認定を受けていた利用者が要支援認定を受けた場合など、地域包括支援センターからの委託があった場合、要支援高齢者・総合支援事業対象者に対しても、介護予防サービス計画、総合事業サービス支援計画の作成等のケアマネジメントを行なう。要支援高齢者に対しても、(1)と同様に行なうが、地域包括支援センターとの緊密な連携を図り、特に要支援状態の維持・改善に主眼を置き、要介護状態への移行を予防できるようなケアマネジメントを行なう。

5 地域交流事業

(2) ボランティア活動の推進及び支援

ボランティア活動を活性化させるために、地域包括ケアシステムの構築を見据え、町内会や包括支援センター等と連携し、気軽なボランティア活動ができる場及び支え合える場として、地域住民とともに活動内容及び方法を追求する。

職員に向けて、ボランティアを受け入れる為の教育を行ない、準備を整える。

ボランティアの活動を支援するほか、市内小中高及び専門学校・大学の学生ボランティ

ア活動も積極的に受け入れ、コーディネートする。

(2) 実習生の受け入れ

①基本姿勢

認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修の実習受け入れ施設として、実習生の抱える課題解決のヒントを探れるように実習プログラムにを支援する。職員にとっては、同職種としての情報交換ができる場として、また、自分たちのケアを振り返ることができる機会とする。

②利用者への配慮

施設は、外部に対し様々な形で開放されているが、実習生の受け入れ（又は見学者の受け入れ）に際しては、利用者の立場に立って下記の事項に配慮する。

- ・ 掲示や懇談会等によって事前にお知らせする。
- ・ 実習初日に実習生を紹介する。
- ・ オリエンテーションにおいて、プライバシー保護と守秘義務について確認する。
- ・ 特に排泄や入浴・食事介助については、実習状況を判断して、実施する。

実習生の存在が利用者にとって、精神面での活性化や喜びにつながるような実習指導をすることで、両者に対しプラスに働くように配慮していく。

(3) 地域との交流等

①行事

施設として大きな行事（夏祭り等）において、町内会・地域住民の方との交流を図る場とする。

また、隣地の保育園・幼稚園又は小・中学校等との交流の継続・受け入れを積極的に推進する。

(4) こども110番の家

緊急時、地域の子供たちの避難場所としてステッカー表示し、開放する。

収益事業

1 手織り工房

【基本方針】

さをり織りとは自分の感じるままに好き好きに織る手織りで、織りに自己を表現するアート作品でもあり、利用者や高齢者がデイサービスの利用時にさをりを織ることで自分自身の作品を作ることが生きがいとなるのではという思いと、職員が作ったものに関してはたった一つのオリジナル商品となることに着目し、今後新たな収益事業になるのではと職員が研修会に参加し収益事業として展開していくことになった。

SNS を活用して順調に知名度を上げており、今後もショッピングモールの利点を生かし、売り上げを伸ばしていくことと合わせ、デイサービスへの利用者の呼び水になるよう努めていく。総合的に収支が安定し、介護保険収入だけではなく法人の収益の柱となっていくように考えていきたい。